Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $2\frac{1}{2}$—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 35. 31. August 1897. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Königsberg.

Gastritis ulcerosa chronica.
Ein Beitrag zur Kenntniss des Magengeschwürs.

Von Prof. *C. Nauwerck.*

Vor mir liegt der Magen einer 60 jährigen, an Perforativperitonitis verstorbenen Frau.

Die Grössenverhältnisse bieten nichts Ungewöhnliches, wohl aber besteht Sanduhrform, indem ein bohnengrosses vernarbendes Ulcus simplex der Vorderwand, nahe der kleinen Curvatur, den Umfang auf fast die Hälfte einschränkt. Submucosa und Muskelschicht bilden den glatten Grund.

An der Rückwand, 8 cm vom Pylorus, 3 cm von der kleinen Curvatur entfernt, fällt ein rundliches, pfennigstückgrosses, scharf begrenztes Geschwür auf. Die Ränder sind blass, nur da und dort leicht geröthet, nicht geschwellt; es verjüngt sich kaum nach der Tiefe zu und führt in eine fingersdicke Perforation mit schwarzrothen, blutig durchsetzten, fetzig vorspringenden Rändern.

Ein bisquitförmiges, 2 cm langes, bis 1,5 cm breites Ulcus simplex liegt 2 cm weiter links, es zeigt die bekannte Etagenbildung; seine obere Hälfte reicht bis auf die Musculatur, die untere ist in Bleistiftdicke ähnlich perforirt.

Beide Geschwüre besitzen einen Hof oberflächlicher, blasser Schleimhauterosion; diese Erosionsringe begrenzen sich nach aussen unregelmässig, ja zackig, und fliessen mit einander zusammen.

Das Gebiet der durchgebrochenen Geschwüre ist frei von älteren peritonitischen Veränderungen.

Glasiger oder trüber Schleim, manchmal von bräunlichen Blutflöckchen durchsetzt, bedeckt in dünner Schichte die blasse, graue oder grauröthliche Mucosa. Sie ist stark in Falten gelegt und besonders am Pylorustheil, bis zu 2 mm verdickt: es besteht ein weitverbreiteter état mamelonné.

Nur an der Cardia und den benachbarten Theilen der kleinen Curvatur erscheint die Schleimhaut glatt und verdünnt, mit zahlreichen rothen und schiefrigen Pünktchen und Streifen.

Die mamelonnirten Partien gehen zumeist allmählich in die glatten, verdünnten über. An gewissen Stellen indessen besteht eine schärfere, unregelmässig verlaufende Grenze, und letztere machen dann den Eindruck seichter Geschwürsbildung, in deren Bereich bei scharfem Zusehen wieder kleine, oberflächliche Defecte von wechselnder Gestalt sichtbar werden.

Aber auch die mamelonnirten Strecken lassen, freilich in ungleicher Ausdehnung, besonders gegen die verdünnte Schleimhaut hin, ähnliche nicht-haemorrhagische Geschwürchen in grosser Zahl erkennen, welche die Mucosa bis in eine gewisse Tiefe oder ganz zerstören und mitunter zu grösseren, landkartenartigen Ulcerationen zusammenfliessen, nicht unähnlich den Bildern dysenterischer Geschwüre. Nicht selten sind die Ränder der für sich stehenden Erosionen etwas unterminirt und fetzig. Fissurenartige Geschwürchen entstehen, wenn die Thäler zwischen den Schleimhautfalten befallen wurden.

Die Reihe von Geschwüren und Erosionen ist damit noch bei Weitem nicht erschöpft:

Zwischen den beiden Perforationen an der Rückwand und der grossen Curvatur liegen:

1. Ein bisquitförmiges (1,1 : 0,8 cm) Ulcus simplex mit glatten, z. Th. blutig-braunroth durchsetzten Rändern; Grund: oben Submucosa, unten Musculatur; hier liegt ein kleinstes arrodirtes Venenästchen zu Tage.

2. Eine oberflächliche, rundliche, 3 mm im Durchmesser haltende haemorrhagische Erosion.

3. Eine ähnliche, die Schleimhaut fast ganz durchsetzende, nur wenig haemorrhagische Erosion.

An der kleinen Curvatur: Ein unregelmässig rundliches, 1,7 cm im Durchmesser haltendes, scharf begrenztes Geschwür, 4 cm vom Pylorus entfernt; die Ränder sind schwarzroth, blutig durchsetzt, gegen den Pylorus hin im Bereich der haemorrhagisch infiltrirten Submucosa 5 mm weit unterminirt. Der Grund wird gebildet von schwarzrother erodirter Mucosa, grösstentheils aber von der Submucosa, cardiawärts von der blassen Muskelschicht.

Gegen den Pylorus hin folgen aneinandergereiht sechs unregelmässige, scharfrandige, die Schleimhaut durchsetzende, nicht-haemorrhagische Geschwürchen.

Cardiawärts liegen drei annähernd rundliche, 2—4 mm messende, die ganze Schleimhaut einnehmende Geschwürchen; Rand und Grund sind haemorrhagisch, bloss beim äussersten blass, die Schleimhaut ist hier in Resten erhalten.

Zwischen dem grossen Ulcus und diesen kleinsten Erosionen ist die Schleimhaut in geringer Tiefe und geringer Breite ulcerirt, so dass die Geschwüre gleichsam nur als verbreiterte und vertiefte Stellen erscheinen.

Noch weiter gegen die Cardia, übergreifend auf die hintere Wand: Ein ovales (1,4 : 0,7 cm), terrassirtes, bis in die Musculatur reichendes, blasses Ulcus simplex.

Ein etwas kleineres, durch submucöses Gewebe begrenztes Geschwür mit z. Th. haemorrhagischen Rändern.

An der Hinterwand schliesst sich gleich an die kleine Curvatur ein grosses, längsgestrecktes (2,2 : 1,1 cm) etwas unregelmässig buchtiges Ulcus; der Grund wird grösstentheils von der Submucosa, z. Th. noch von Schleimhautgewebe gebildet, und hier gehen die sonst scharfen, blassen Ränder allmählich in die umgebende Mucosa über. Mit dem vorhergehenden steht dies Geschwür durch einen oberflächlichen Schleimhautdefect in Verbindung.

An der Vorderwand endlich, mehr gegen die grosse Curvatur hin, findet sich eine grosse Anzahl theils rundlicher, theils gestreckter, fast linearer, mit einander anastomosirender, die Mucosa durchsetzender Geschwürchen, deren Grund und Rand blass oder haemorrhagisch ist; ähnlich an der Rückseite des Fundus.

Die Blutgefässe des Magens erweisen sich bei sorgfältiger Untersuchung als unverändert.

Oesophagus und Duodenum sind normal.

Bleiben wir einen Augenblick hier stehen, sehen wir zu, wie weit in der Diagnose uns die bisher geübte Betrachtung mit dem unbewaffneten Auge trägt.

Sicher besteht eine weit ausgebreitete chronische Gastritis; sie hat zu der bekannten warzigen, im Pförtnertheil am stärksten entwickelten Verdickung, an beschränkteren Stellen zu einer Verdünnung der Schleimhaut geführt.

Anderseits ist eine Mehrzahl von Geschwüren verschiedener Grösse und Tiefe vorhanden, über deren Zugehörigkeit zum Ulcus simplex ein Zweifel nicht aufkommen kann; eines verunstaltet durch Narbenzug den Magen, zwei sind durch Perforation zur Todesursache geworden.

Verbindet nun aber ein ursächlicher Zusammenhang diese chronische Gastritis, diese Geschwürsbildung? Der erste Eindruck — und ich glaube nicht, dass er auf eine Täuschung hinausläuft — fordert, die Frage mit ja zu beantworten; nicht etwa in dem Sinne, als ob sich zu den Ulcera ein entzündlicher Folgezustand gesellt hätte. Vielmehr: Ulceration und Gastritis gehören zusammen, bilden zusammen einen einheitlichen Krankheitsvorgang entzündlicher Natur — Gastritis ulcerosa chronica. Denn neben den Geschwüren mit den schulgemässen Merkmalen des einfachen, perforirenden Ulcus finden sich kleine oberflächliche oder grössere, tiefer greifende Erosionen der Schleimhaut, Ulcerationen, die in die Submucosa, in die

Muscularis sich erstrecken — und beim besten Willen gelingt es nicht, eine scharfe Grenze zu ziehen, zu bestimmen, hier hört die Erosion auf, hier fängt das Ulcus simplex an. Vielmehr schiebt sich zwischen Anfang und Ende, zwischen den seichtesten, kleinsten Schleimhautdefect und das vollendete Ulcus perforans eine fortlaufende Reihe von Uebergangsformen ein. So erscheint das Ulcus perforans hier nicht mehr losgelöst von dem Bilde der chronischen Gastritis, sondern lediglich als die folgenschwerste Steigerung eines Ulcerationsprocesses, dessen erste unscheinbare Aeusserungen in Form der Erosionen sich in inniger Verbindung mit der chronischen Entzündung zu denken gewiss Niemand anstehen dürfte. Erosion und Ulcus sind gleichwerthig, sind nur verschieden in dem Grad der Ausbildung, sind gleichermaassen Theilerscheinung der zu Grunde liegenden chronischen Gastritis. Ich will nicht unterlassen, noch besonders auf den bemerkenswerthen Befund hinzuweisen, dass die runden Geschwüre wiederholt in Bezirken erodirter Schleimhaut liegen; es sieht dann so aus, als ob in einem grösseren als Erosion angelegten Ulcerationsfeld nur die mittleren Theile durch tiefer greifenden Zerfall sich zum Ulcus simplex umgestaltet hätten.

Es kommt hinzu, dass Erosionen und Geschwüre in überaus grosser Menge vorhanden sind; dass sie öfters zu umfangreichen Ulcerationen zusammenfliessen; dass die Beschaffenheit der verdünnten Schleimhautpartien, wie oben erwähnt, den Verdacht nahelegt, es möchte sich wenigstens theilweise nicht um das Ergebniss einer chronischen Atrophie, sondern eher eines oberflächlichen Geschwürsprocesses handeln — all' das deutet auf eine verbreitete, flächenhafte Verschwärung hin, welche mit der verbreiteten chronischen Entzündung Schritt hält, während wir sonst indem Ulcus simplex eine umschriebene Veränderung zu erblicken gewohnt sind.

Zur Zeit muss sich die Ulceration in fortschreitender Entwicklung befunden haben; davon zeugen: die doppelte frische Magenperforation; die Arrosion einer kleinen Vene in dem einen Ulcus; die blutige Durchsetzung von Rand und Grund mancher Erosionen und Geschwüre.

Ueber die erste Entstehung der Erosionen und Geschwüre gibt das Auge keinen Aufschluss; Nekrosen lassen sich nicht erkennen, freilich wird es auch sorgfältig unterlassen, die Schleimhaut irgendwie von ihrem Schleimbelag zu befreien. Die Annahme, dass es sich um Auflösung blutig infiltrirter, abgestorbener Theile der entzündeten Schleimhaut im Sinne von Virchow, Förster u. A. handelt, findet in den geschilderten Befunden keine ausreichende Begründung.

Hier setzt nun die mikroskopische Untersuchung mit befriedigendem Erfolge ein.

Ich will mich nicht lange bei der Schilderung der gewohnten histologischen Befunde aufhalten, welche auch hier dem Bilde der chronischen Gastritis zu Grunde liegen: der entzündlichen kleinzelligen Durchsetzung und Wucherung des Schleimhautbindegewebes, welche, über grössere Strecken hin nur schwach und oberflächlich entwickelt, zumeist mehr und mehr in die Tiefe dringt, die Drüsenschläuche weit auseinander schiebend, indess ihre Lichtung sich mit Leukocyten erfüllt. Follikel und perifolliculäres Gewebe betheiligen sich an der Entzündung, entsenden dichte Schwärme von Rundzellen zur Oberfläche, oder nehmen selbst fast die ganze Dicke der Schleimhaut ein. Wenig entzündet ist das Gebiet der öfters verdickten Muscularis mucosae, der Submucosa, welche keine Neigung zu Wucherung und Verdichtung erkennen lässt, und der Muskelschicht.

Besonders beansprucht Hervorhebung die Thatsache, dass trotz der allgemein verbreiteten entzündlichen Veränderungen ein grosser Theil des secernirenden Drüsenparenchyms sich wohl erhalten hat, so namentlich in dem mamelonnirten, gegen den Pförtner gerichteten Abschnitt: die mächtigen Drüsenschläuche besitzen viele grosse Belegzellen, ohne dass indessen ein numerisches Missverhältniss zu Ungunsten der Hauptzellen bestünde.

Die Schleimhaut muss sich gerade in einem Zeitpunkt lebhafter Wucherung befunden haben. Ich war überrascht, in fast allen den zahlreichen sublimatfixirten Präparaten die Figuren indirecter Kerntheilung, Knäuel, Kränze, besonders häufig Aequatorialplatten, Tochtersterne, nicht selten auch die anschliessende Zelltheilung zu finden; im Bindegewebe liegen sie nur ganz vereinzelt. Die Epithelien dagegen zeigen zahlreiche Mitosen, in erster Linie an den Ausführungsgängen, dann aber auch in den angrenzenden Theilen der Drüsenschläuche, seltener im Fundus. Ueberwiegend sind die nach Form, Grösse, Lage, Färbung und Trübung ihres Protoplasmas gekennzeichneten Belegzellen betheiligt. In einem Gesichtsfeld bei stärkerer Vergrösserung (Seibert Obj. V. Oc. I) liegen manchmal 20—30 Mitosen, in einem einzigen Drüsenquerschnitt z. B. deren 3, von denen 2 Belegzellen angehören, in einem etwa zur Hälfte erscheinenden längsgetroffenen Schlauch 6—8 und mehr. Die unmittelbare Nähe von Nekrosen, Erosionen, Geschwüren ändert nichts an diesem Befunde.

An den Belegzellen kommt ausserdem, wie es scheint, eine directe Kerntheilung vor; man stösst nämlich auf grosse, gelappte, brombeer- oder traubenförmige Kerne, die zur Bildung grosser, mehrkerniger, riesenzellenähnlicher Belegzellen Veranlassung geben.

Deutet diese mächtige Epithelwucherung an den Drüsen auf ein Ausgleichsbestreben gegenüber dem Untergang von Parenchym? Oder ist sie mehr als entzündliche Proliferation aufzufassen? Bis zu einer gewissen Grenze macht es den Eindruck, als ob Wucherung und Entzündung in einem geraden Verhältniss stünden. Sobald freilich die Entzündung überwiegt, treten die Mitosen mehr und mehr zurück.

Drüsenschläuche ausschliesslich mit hohen, Schleim secernirenden und schleimig entartenden Cylinderzellen, Lieberkühn'schen Krypten ähnlich, nicht selten zu von blossem Auge eben sichtbaren Cystchen erweitert, mehren sich in der Schleimhaut; Bilder, welche zu den besonders im Cardiatheil vertretenen Befunden chronisch-entzündlicher Atrophie überführen: dünne, glatte, zellreiche Schleimhaut, mit spärlichen Schläuchen, die mit Cylinderzellen ausgekleidet oder gefüllt sind mit unregelmässig angeordneten, kleinen, cubischen Epithelien, bis endlich nur eine schmale, drüsenlose Granulationsschicht der Muscularis mucosae aufliegt. Nur ganz ausnahmsweise zeigen solche atrophirende Drüsen reichliche Mitosen. Die Follikel pflegen gleichzeitig fibrös sich umzuwandeln.

Das Schleimhautbindegewebe enthält besonders in den mamelonnirten Theilen ziemlich zahlreich jene auffallenden, glänzenden, durch Eosin leuchtend roth, nach Weigert's Fibrinfärbung dunkelblau tingirten, kernlosen, seltener mit einem platt-ovalen, wandständigen, dunkelgefärbten Kern versehenen, bis zur Grösse einer Belegzelle heranreichenden Körper, welche bereits Rindfleisch, dann Lewy[1]) bei der chronischen Gastritis beschrieben haben und auf deren massenhaftes Vorkommen bei Magenpolypen neuerdings Hansemann, der sie als degenerirte (Bindegewebs-) Zellen auffasst, aufmerksam macht[2]).

Ich komme endlich zu den Veränderungen, welche den Kernpunkt für das Verständniss des entzündlich-geschwürigen Vorgangs bilden und welche erst das Mikroskop aufdeckte: Die Schleimhaut ist an ihrer Oberfläche von sehr zahlreichen Nekrosen befallen und zwar ebensogut an den hyperplasirten, als an den atrophirenden Theilen. Die Nekrosen sind schmale Säume oder sie haben den dritten Theil, ja die Hälfte der Schleimhaut ergriffen, erreichen somit eine Tiefe bis zu 1 mm; nicht selten localisiren sie sich auch in den Thälern zwischen den warzigen Erhebungen der gewucherten Schleimhaut. Ihre Form ist muldenartig, auch wohl steiler in die Tiefe steigend. Das abgestorbene Gewebe sieht trübe, durch Eosin etwas dunkler gefärbt aus, die Kerne sind ganz schwach oder gar nicht gefärbt, der Gewebsbau hat sich nicht oder nur andeutungsweise erhalten. Die Nekrosen erreichen in der Fläche einen Durchmesser bis zu mehreren, z. B. 6 mm, die kleinsten freilich sind nur mikroskopisch wahrnehmbar. Oefters findet ein Zusammenfluss statt oder sie reihen sich derart aneinander, dass nur noch schmale Brücken nichtnekrotischer Schleimhaut übrig geblieben sind. Zu den Follikeln besitzen die Nekrosen keine oder nur zufällige Beziehungen. Ihre Oberfläche erscheint entweder glatt, die angrenzende Schleimhaut manchmal in flachem Bogen leicht überragend, oder rauh, angenagt, seltener bröcklich zerfallend.

---

[1]) Ziegler und Nauwerck, Beiträge I. 1886, S. 216.
[2]) Virchow's Archiv Bd. 148 und 149, 1897.

«Ja», höre ich sagen — und ich habe mir den Einwand auch selbst gleich gemacht — «das sind vielleicht nur Veränderungen, welche auf beginnende Gastromalacie deuten!» Nach reiflicher Ueberlegung glaube ich indessen an der Auffassung festhalten zu müssen, dass es sich um echte, während des Lebens entstandene Nekrosen handelt. Ich will allzugrosses Gewicht nicht darauf legen, dass die Section schon fünf Stunden nach dem Tod erfolgte, dass der Magen völlig leer war und keine Spur von Erweichung erkennen liess; entscheidend aber scheint mir die Art und Weise der Vertheilung in umschriebenen Flecken über die gesammte Schleimhaut zu sein, während die zwischenliegenden Partien wohl erhalten sind; diese Unversehrtheit geht so weit, dass das Deckepithel der Schleimhaut zwischen benachbarten Nekrosen nicht selten in vollkommener Weise zu Tage tritt.

Wie aber haben wir uns diese Nekrosen entstanden zu denken?

Anaemische Nekrosen sind es sicher nicht. Vergeblich habe ich mir Mühe gegeben, an den betreffenden Blutgefässen Verengerung oder Verschluss nachzuweisen: nichts von Endarteriitis oder Sklerose, nichts von Embolie oder Thrombose; im Gegentheil, es erscheinen im Allgemeinen die Gefässe eher weit, mit Blut gefüllt. Ebensowenig handelt es sich um blutige Infarcirung mit Nekrose, nicht einmal haemorrhagische Höfe um das abgestorbene Gewebe haben sich gebildet.

Bacteritische Nekrosen? Spaltpilze, namentlich Stäbchen sind allerdings oberflächlich, wohl auch tiefer in den Nekrosen vorhanden, aber einzeln, zerstreut, und sie finden sich in ähnlicher Weise auch an anderen Schleimhautstellen, so dass sie als Ursache zu beschuldigen, nicht angeht.

Bleibt zunächst die Vorstellung einer «nekrotisirenden Gastritis» übrig, bei welcher die «entzündliche Ernährungsstörung» an und für sich das Absterben des Gewebes bedingt. Das gesammte Aussehen der Nekrosen indessen, welches sehr an die Bilder leichterer Verschorfung durch eingeführte corrosive Gifte erinnert, legte bald den Gedanken nahe, bei dem ich auch stehen bleiben möchte, dass eine Anätzung für ihre Entstehung verantwortlich zu machen sei; eine Anätzung, welche nicht auf eine unveränderte, wohl aber auf eine durch chronische Entzündung mehr oder weniger in ihrem Ernährungszustand beeinträchtigte Schleimhaut eingewirkt hat; und es mag auf dieses «mehr oder weniger», für welches ich freilich den unterscheidenden optischen Ausdruck an den histologischen Präparaten nicht habe entdecken können, zurückzuführen sein, dass die nekrotisirende Wirkung sich zwar auf den ganzen Magen, aber in Herden, unter Aussparung eines Schleimhautnetzes erstreckt.

Ueber den Magenchemismus während des Lebens stehen mir genauere Angaben nicht zu Gebot. Aus dem geschilderten anatomischen Zustande des secernirenden Parenchyms dürfte sich aber erschliessen lassen, dass bis in die letzte Lebenszeit hinein die Secretion ohne wesentliche Störung vor sich ging; ja dass vielleicht ein übersäuerter Magensaft abgeschieden wurde; die entfernte Möglichkeit, dass auch durch Gährungs- und Zersetzungsproducte veränderter Mageninhalt in ähnlicher Weise nekrotisirend auf die Schleimhaut gewirkt haben könnte, will ich nicht gänzlich in Abrede stellen. Die stets äusserst fettreiche, Ende März 1896 gestorbene Frau, die es liebte, viele und schwer verdauliche Speisen hastig zu geniessen, hatte seit langen Jahren an «schwachem Magen» gelitten; wegen steigender Beschwerden, unter denen häufiges saures Aufstossen, kein eigentliches Erbrechen, voranstand, ging sie in die Behandlung des Herrn Collegen Dr. Kob, dem ich diese Notizen verdanke; die Diagnose lautete auf chronischen Magenkatarrh. Unter entsprechender zeitweiliger Behandlung ging es jeweilen besser. Im Jahre 1894 erfolgte eine starke Magenblutung; die Diagnose wurde jetzt auf Ulcus ventriculi umgeändert. Die Frau erholte sich wieder, klagte aber stets über reichliches saures Aufstossen nach dem Essen. In den letzten Lebenswochen Kreuzschmerzen. Die nach einem groben Diätfehler einsetzende Magenperforation brachte in wenigen Tagen das Ende.

Der nekrotisirende Vorgang erklärt die Entstehung der Geschwüre — unmittelbar oder mittelbar.

Denken wir uns das abgestorbene Gewebe aus dem Zusammenhang herausgehoben, so haben wir ohne Weiteres die ganze Reihe oberflächlicher, tieferer, kleiner, grösserer Erosionen und Geschwüre der Schleimhaut vor uns, mit denen sie die Aussaat über die ganze Innenfläche des Magens theilen. Rand und Grund sehen in der That nach frischer Reinigung aus, rauh, fast fetzig, die Stümpfe der Drüsen, des Bindegewebes scharf abgeschnitten; öfters besteht ein schmaler Saum vom Aussehen der beschriebenen Nekrosen. Auch die grösseren, dysenterieartigen Erosionen sehen ähnlich aus, mag nun hier ein Zusammenfluss dichtgedrängter Nekrosen stattgefunden oder das Absterben von vorneherein grössere Strecken befallen haben.

In der Beseitigung des abgestorbenen Gewebes scheint neben unmittelbarer peptischer Auflösung auch die Abstossung in Form von Bröckeln, Fetzen, Schuppen eine Rolle zu spielen.

Ein Theil der Geschwüre hat sich durch Blutung in Rand und Grund zu «haemorrhagischen Erosionen» umgewandelt, ein ähnlicher Folgezustand, wie ich ihn für gewisse Formen bacteritisch-nekrotischer Geschwüre an dieser Stelle erwähnt habe[3]).

Thrombotische Gefässverschlüsse gehen den Schleimhautgeschwüren im Allgemeinen ab. Fast regelmässig dagegen finden sich dem Anschein nach mehr oder weniger frisch entstandene Thromben, sobald die Geschwüre die Muscularis mucosae, die Submucosa oder die Muskelhaut blossgelegt haben. Sie schlossen sich ohne Zweifel der Ulceration erst an, dass sie aber, einmal gesetzt, ein local fortschreitendes Wachsthum wesentlich zu fördern im Stande sind, brauche ich hier nicht nochmals auszuführen.

Die grossen, tiefgreifenden oder perforirenden Ulcera sind, wie zu erwarten stand, minder lehrreich; die Beschaffenheit von Rand und Grund deutet auf einen raschen, frischen Zerfall: sie zeigen nekrotische Säume oder Bröckel; oder sie werden von gleichsam angenagtem, nicht verdichtetem, nicht entzündetem Gewebe, so namentlich bei den durchgebrochenen Geschwüren, gebildet. Einzelne Ulcera mit starker, weitverbreiteter, kleinzelliger Durchsetzung machen den Eindruck, als ob Stillstand oder langsames Wachsthum Zeit zum Eintritt reactiver Entzündung gegeben hätte.

Einige der runden Geschwüre scheinen aus zusammenfliessenden kleinen Nachbargeschwüren hervorgegangen zu sein. Aus dem submucösen oder musculären Grunde tauchen nämlich da und dort kleine niedrige Schleimhautreste auf, deren Herkunft bei einem einheitlich entstandenen Ulcus schwer verständlich wäre.

Die grossen, namentlich auch die perforirenden Ulcera bilden, wie es schon der Augenschein lehrte, meist nicht einen streng begrenzten Herd, sondern nur den am stärksten entwickelten Theil ausgedehnterer Verschwärung; an das tiefdringende Geschwür pflegt sich nämlich ein Saum anzuschliessen, dessen Oberfläche von der entblössten Muscularis mucosae, vielleicht mit einzelnen Bröckeln entzündeter Schleimhaut gebildet wird; es folgt mehr oder weniger durch Erosion erniedrigte, weiterhin endlich gewucherte Schleimhaut mit Nekrosen und entsprechenden Defecten.

Die Hauptsache aber ist und bleibt, dass auch das Mikroskop zwischen umschriebenen oder verbreiteten Erosionen, kleinen und grossen, oberflächlichen und tiefen, ja perforirenden Geschwüren einen wesentlichen, durchgreifenden Unterschied nicht nachzuweisen vermag. All' das stellt einen einheitlichen, über den ganzen Magen sich ausbreitenden Geschwürsprocess dar, dem man, die massenhaft zerstreuten Nekrosen hinzurechnend, die Bezeichnung eines diffusen nicht wird vorenthalten wollen.

Freilich ist nicht anzunehmen, dass Nekrose und Ulceration in einem wenn auch noch so langsamen Zeitmaass gleichmässig fortschreitend bis zum Ende ablaufen würden. Vielmehr deutet schon der klinische Hergang auf eine in Schüben erfolgende Zerstörung hin, die ihrerseits durch Aussetzen zweckmässiger Behandlung, durch Diätfehler begünstigt werden mögen; die Massenblutung, die zweifache Perforation kennzeichnen deutlich genug wenigstens die schwersten dieser Attacken, deren letzter, todbringender wir gleichsam als Augenzeugen beigewohnt haben. Reichliches Haemosiderin in der Tiefe der Narbe an der kleinen Curvatur machen es wahrscheinlich, dass es damals hier geblutet hat.

Die chronische Gastritis pflegt, wie Schmidt[4]) neulich mit Recht hervorhob, verschiedene Stellen verschieden stark zu ergreifen,

[3]) Mykotisch-peptisches Magengeschwür, 1895, No. 38 u. 39.
[4]) Virchow's Archiv Bd. 143, 1896.

Atrophie und Hypertrophie bestehen nicht selten nebeneinander. Dementsprechend mag auch Nekrose und Ulceration einzelne Theile zunächst wenigstens verschonen, indess andere Gebiete mehr weniger schwer befallen werden. Einmal ulcerirt, bietet eine Stelle, zumal wenn sich Thromben hinzugesellen, erneuten Angriffen nur schwachen Widerstand, und so sehe ich in den Geschwüren, welche wir als runde, perforirende willkürlich aus dem ulcerösen Gesammtprocess herausgreifen, nur die besonders in die Augen springende wiederholte Wirkung des gleichen Vorgangs, der in der Umgebung und anderweitig zu den sattsam beschriebenen minder erheblichen Erosionen und Geschwüren geführt hat.

Pausen völliger oder nur wenig gestörter Ruhe, vielleicht von jahrelanger Dauer, schieben sich ein; tiefgreifende Geschwüre finden Zeit zu narbiger Ausheilung, die in unserem Falle zur Sanduhrform des Magens geführt hatte; erodirte Schleimhautstellen mögen sich glätten; und auch weitergehende Wucherung im Sinne des Wiederersatzes — ich habe bei Erwähnung der zahlreichen Mitosen an den Drüsenepithelien die Möglichkeit angedeutet — halte ich für sehr wahrscheinlich; ist es doch aus klinischen und experimentellen Erfahrungen bekannt genug, wie mächtig und rasch sich die Regenerationsfähigkeit der Magenschleimhaut besonders bei traumatisch gesetzten Verlusten zu bethätigen vermag.

(Schluss folgt.)

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Halle a. S.

Kephalotripsie oder Kranioklasie? *)

Von *Otto v. Herff.*

Wenn man häufiger Gelegenheit hat, die Art und Weise kennen zu lernen, wie Collegen bei schwierigen Geburten mit ihren Bemühungen scheitern, so wird man leicht finden, dass die gefährlichste Klippe unstreitig in der Beurtheilung des räumlichen Missverhältnisses zwischen Kopf und Geburtscanal verborgen ist. Nicht selten hört man, dass in solchen Fällen die gewagtesten Operationen mit einer Ausdauer und persönlichen Aufopferung versucht werden, die fürwahr, für sich genommen, alle unsere Hochachtung voll verdienen würden. So wird nicht selten bei Hydrocephalus oder bei starker Beckenenge die Zange trotz mehrfachen Abgleitens immer wieder von Neuem angelegt, selbst dann noch, wenn das Kinp längst abgestorben ist. Oder man zerrt stundenlang nach der Entwickelung des Rumpfes aus Becken endlich an dem steckengebliebenen Kopf, reisst den Hals ab, wenn er nicht gar einfach abgeschnitten wird — drei eigene Beobachtungen! Fürwahr, glücklich noch ist die Frau zu nennen, die nach solcher «Geburtshilfe» mit tiefen Damm- oder Cervixrissen, mit Blasenscheidenfisteln davon kommt! Häufig genug erfolgt der Tod an Uterusruptur oder an Sepsis. Nicht allzu selten beschliesst die Tragödie eine Gerichtsverhandlung, bei der der Geburtshelfer Stellung, Ruf, Ehre einbüsst, weil er in jungen Jahren sich nicht bemüht hat, richtig geburtshilflich denken zu lernen. Und dabei ist die Entscheidung in solcher Zwangslage so ungemein einfach und klar, dass es schier unbegreiflich erscheint, dass nicht ein Jeder gleich darauf verfällt. Nichts näher doch als die Beseitigung des räumlichen Hindernisses, sei es durch Erweiterung des zu engen Beckencanals oder durch Verkleinerung des eingekeilten Kindstheiles! Allerdings muss gleich hervorgehoben werden, dass der erstere Weg für die allgemeine Hauspraxis ausgeschlossen ist, da der Schamfugenschnitt wesentlich wegen der schwierigen Nachbehandlung, selbst bei Anwendung des Heftpflasterverbandes, meiner Erfahrung nach, die sich allerdings nur auf zwei eigene Fälle stützt, zu hohe Anforderungen an Assistenz und Wartung stellt. Wohl aber kann und muss ein jeder Arzt die verkleinernden Operationen, insbesondere die Perforation beherrschen, so gut wie er im Stande sein muss, eine Zange oder eine Wendung auszuführen. Und trotzdem jene traurigen Ergebnisse!

*) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S. am 2. Juni 1897.

Als Lehrer angehenden Aerzte legt man sich stets und immer von Neuem die Frage vor, ob der eigene Unterricht, ob man nicht selbst durch zu hohe Anforderungen an Technik u. s. w., daran Schuld ist. Dies umsomehr, je häufiger der Vorwurf gegen uns Lehrer erhoben wird, dass wir den praktischen Unterricht vernachlässigen oder wenigstens nicht genug betonen. Allerdings werden bei der Erhebung solcher Anklagen die eigenen Jugendsünden des Collegschwänzens, der Nichtbeachtung der Uebungen der Kameraden und der Geringschätzung der wichtigen Lehre der Anzeigen und Bedingungen allzu gern verschwiegen oder vergessen.

Je mehr ich mich mit diesen wichtigen Fragen beschäftige, um so mehr werde ich in der Anschauung bestärkt, dass es nicht am Unterricht liegen kann; denn praktisch kommt eigentlich nur die Perforation mit nachfolgendem Ausziehen des Kindes wesentlich in Betracht. Gerade diese Eingriffe gehören aber mit zu den einfachsten und leichtesten Operationen. Sie sind viel klarer und durchsichtiger in ihren Anzeigen und Bedingungen und leichter in der Technik, als irgend eine schwierige Wendung oder Zange. Wohl überall werden die verkleinerden Operationen mit mindestens der gleichen Sorgfalt und Mühe wie Zange und Wendung in den Operationscursen gelehrt und an Kindesleichen eingeübt. In der Schwierigkeit der Technik oder in ihrer geringeren Vertrautheit gegenüber der Zange kann daher nicht die Ursache der merkwürdigen Scheu so vieler Collegen vor der Perforation gesucht werden.

Sollte diese Scheu vielleicht in der Gefährlichkeit des Eingriffes zu suchen sein? Um mir einen Ueberblick darüber zu verschaffen, habe ich die Perforationen der Hallenser Klinik seit dem Jahre 1888 bis zum 1. April 1897 kurz zusammengestellt. Darnach wurden auf der klinischen Abtheilung unter 3068 vollen Geburten 41 Perforationen mit 7 Todesfällen vorgenommen. In Stadt und Land wurden in gleichem Zeitraum 2722 volle Entbindungen geleitet mit 83 Perforationen und 2 Verlusten. Im Ganzen genommen verfüge ich über 5790 Geburten mit 124 Perforationen und 9 Todesfällen. Daraus berechnet sich eine Operationshäufigkeit von 2,1 Proc., und eine Sterblichkeit von nur 7,3 Proc. Reinigt man in beliebter Weise diese Sterblichkeit, so ergibt sich, dass 2 Frauen an Uterusruptur, 3 an Eklampsie, je 1 an schwerer Nephritis und Chloroformwirkung, sowie 2 an Sepsis, die ausserhalb der Anstalt bei durch vorgeblich anderweitige Entbindungsversuchen entstanden waren, verstorben sind, d. h. an den gefährlichen Zuständen, die eben die Anzeige zur Perforation abgegeben haben, also direct mit der Operation eigentlich nichts zu thun haben.

Die Erfahrungen unserer Anstalt lehren also überzeugend, dass die Perforation — in vielen Fällen folgte noch die Kranioklasie — an sich unmöglich zu den gefährlichen Eingriffen gerechnet werden kann; im Gegentheil eine bessere Prognose darbietet, als so manche schwierige Wendung.

Sofern die Perforation mit einem der verschiedenen Perforatorien vorgenommen wird und nicht mit dem Trepan, kann man doch wirklich nicht von ernsten Schwierigkeiten sprechen. Nicht einmal beim nachfolgenden Kopfe, wo die Perforation besonders leicht ist, allerdings nur dann, wenn man hinter der Symphyse emporgeht. Diese von mir auch literarisch vertretene Ansicht muss ich gegenüber einigen gegentheiligen neueren Aeusserungen voll und ganz aufrecht erhalten.

Ich vermuthe vielmehr, dass die Collegen eine grössere Scheu vor der oft folgenden Kranioklasie und Kephalotripsie haben und daher die verkleinernden Operationen überhaupt unterlassen. Diese Scheu wird nur nachlassen, sofern wir unseren Schülern die einfachste dieser Methoden als Operation der Wahl geben.

Welche von den beiden Methoden, der Kephalotripsie und der Kranioklasie, die beste oder — worauf das grösste Gewicht zu legen ist — die technisch leichteste ist, gleichzeitig aber auch als die, welche das breiteste Operationsgebiet einnimmt, erscheint, ist nicht schwer zu entscheiden. Allerdings befinde ich mich bei der Kritik dieser Methoden in einer eigenthümlichen Lage, die aber um so bezeichnender ist. Trotz 20jähriger

Beschäftigung mit der Geburtshilfe, und trotzdem ich die seltensten geburtshilflichen Operationen selber ausgeführt habe, kenne ich die Kephalotripsie aus eigener Anschauung nicht, nur aus Uebungen am Phantom. Meine positive Kritik kann sich also nur auf die Kranioklasie erstrecken, nur zeigen, was dieser Eingriff leistet oder schadet. Auch während meiner jetzt bald 9jährigen Thätigkeit an der Hallenser Klinik mit ihrem grossen pathologischen Material ist niemals die Nothwendigkeit eingetreten, den Kephalotriptor anzuwenden. Zum Mindesten ist somit bewiesen, dass man sehr wohl nur mit dem Kranioklast und zwar gut auskommen kann. Ich betone jedoch sofort, dass immerhin Fälle denkbar sind und gelegentlich auch vorkommen, wo der Kephalotriptor mehr leisten wird, als der Kranioklast. Meiner Erfahrung nach gehören diese aber entschieden zu den grössten Seltenheiten. Sie sind so selten, dass man das Hauptgewicht in seiner Lehrthätigkeit auf die Einübung des Kranioklast legen und die Kephalotripsie nur mehr nebensächlich betreiben darf, ohne die praktische Ausbildung der Schüler irgendwie zu schädigen.

Genaue kritische vergleichende Erwägungen lehren, dass im Ganzen der Kranioklast grössere Vortheile und eine leichtere Handhabung in den Händen des weniger geübten Geburtshelfers gewährleistet, als der Kephalotriptor.

Als Vortheile des Kranioklastes lassen sich leicht nachweisen, dass die Bedingungen seiner Anwendung leichtere sind, als die des Kephalotriptors, nämlich, dass der Muttermund nur wenig weiter zu sein braucht, als der Umfang des Instruments beträgt, also etwa fünfmarkstückgross. Bei langsamem und vorsichtigem Ausziehen ist eine blutige Erweiterung des Muttermundes in der Regel völlig unnöthig, da der Schädel unter dem Zuge und dem reciproken Widerstande der Geburtswege zu einem Kegel ausgezogen wird, somit als Keil dehnend wirkt. Freilich hat man dem Kranioklasten gerade aus der Umformung des Schädels durch den Druck des Geburtscanales einen Vorwurf gemacht. Aber eine kurze Erwägung, die sich völlig mit der praktischen Erfahrung deckt, lehrt, dass dieser Nachtheil nur ein vermeintlicher ist und der Mutter kein Schaden daraus erwächst. Denn der hierfür nöthige Druck ist jedenfalls geringer, als der Druck, den ein grosser, nicht verkleinerter Kopf für gewöhnlich ausübt.

Auch kann der Kranioklast entschieden bei noch grösserer Beckenenge, als dies beim Kephalotriptor möglich ist, angelegt werden. Meine persönliche Erfahrung reicht allerdings nicht über eine Verengerung von 5—5 1/4 cm Conj. vera hinaus. Allein dieser Fall erwies sich nach der Perforation nicht allzu schwer, trotz der ungünstigsten Weichtheilverhältnisse, da der Cervix noch nicht ganz entfaltet war. (Siehe diese Wochenschr. No. 2, 1895.) Andere Geburtshelfer, insbesondere Engländer, sind bis zu 3,8—4,4 cm engste Stelle bei 7,6 cm längstem Querdurchmesser, nach Abtragung des Schädelgewölbes und Einstellen der Schädelbasis auf die Kante, herabgegangen, womit allerdings die Grenze der Operation gegeben ist. Ich allerdings würde nicht unter 5 cm, auch bei todtem Kinde, leicht herabgehen, da der Kaiserschnitt dann entschieden leichter und ungefährlicher für die Mutter sein wird.

Ein weiterer Vortheil des Kranioklastes ist der, dass das Instrument, wie allbekannt, sich an jedem Endpunkte eines Beckendurchmessers, selbst besonders bei Seitenlagerung der Frau hinter der Symphyse, und bei jedem Stand, bei jeder Stellung und Haltung des Kopfes, auch bei beweglich über dem Beckeneingang liegenden, wie am nachfolgenden und selbst abgerissenen Kopf ohne besondere Schwierigkeiten anlegen lässt. Gerade beim nachfolgenden und beim abgerissenen Kopfe zeigten sich mir in mehreren eigenen Fällen die Vortheile der Kranioklasie im hellsten Lichte. Nur muss man im letzteren Falle das äussere Blatt womöglich über den Halsstumpf hinweglegen, das innere in den Mund oder durch eine Perforationsöffnung.

Folgender Fall möge dies beweisen:

Plattrachitisches Becken von einer Conj. ver. von 7—7,5 cm. I. Geburt spontan, Kind sehr klein, todt. II. Geburt. Auswärts prophylaktische Wendung. Vier Stunden lang Extractionsversuche des steckengebliebenen Kopfes durch zwei Collegen. Schliesslich Decapitation, wohl um den weiten Eisenbahntransport in die Klinik zu erleichtern. Hier Contractionsphänomen am Nabel. Cervix maximal gedehnt In diesem lag der Kopf unheimlich deutlich fühlbar über dem Beckeneingang beweglich. Scheide und Portio vielfach verletzt. Rechts vorne der Halsstumpf, in der Führungslinie das Kinn, links vorne die Nase eben erreichbar, Perforation des Schädels in der Gegend der linken Seitenfontanelle. Enthirnung. Kranioklast über den Halsstumpf gelegt. Ziemlich leichte Extraction bei gleichzeitigem Druck von aussen. Leichte Temperatursteigerung im Wochenbett. Gesund entlassen.

Ich glaube, dieser Fall beweist hinlänglich die Möglichkeit und die Vortheile der Kranioklasie gerade bei abgetrenntem Kopfe, was ich Zweifel gegenüber ganz besonders hervorheben möchte.

Der Kranioklast lässt sich aber eben so leicht an anderen Körpertheilen anlegen, was vom Kephalotriptor nicht gilt. So kann man den Kranioklast am Steisse und am Rumpfe anlegen. Bei der oben erwähnten Kranioklasie bei Kaiserschnittsbecken führte ich die Zertrümmerung des Schultergürtels aus und legte sodann mit ausgezeichnetem Erfolgedas Instrument über die Brustwirbelsäule hinweg.

Kurz, meine eigene Erfahrung belehrt mich, dass der Kranioklast den weitgehendsten Anforderungen nach allen Seiten gerecht wird, besser jedenfalls wie der Kephalotriptor es erwarten lässt, und dabei eine relativ leichte Technik, selbst in den schwierigsten Fällen. Aber wo Licht herrscht, ist auch Schatten. Die Nachtheile des Kranioklastes bestehen darin, dass das Instrument gelegentlich die gefassten Knochen ausreisst. Besonders leicht erfolgt dies, wie bekannt, am Seitenwandbein und am Hinterhauptbein. Der Schaden ist aber nicht gross, manchmal sogar von Vortheil. Man legt einfach das Instrument an einer anderen Stelle, womöglich über das Gesicht hinweg, von Neuem an. Aber dieser Nachtheil kommt wie bekannt, gerade dem Kephalotriptor auch zu, so dass hier eine Ausgleichung stattfindet.

Fasse ich Alles zusammen, so habe ich erfahren, dass der Kranioklast dasjenige Instrument ist, das noch am geeignetsten erscheint, auch in weniger geübten Händen die besten Ergebnisse zu leisten, die Operation am nachfolgenden und abgetrennten Kopf sehr erleichtert und sich für die Mutter ganz ungefährlich gestaltet. Somit verdient dieses Zuginstrument in erster Linie den angehenden Aerzten warm empfohlen zu werden. Mit seiner Einübung und allgemeinen Einführung steht zu erwarten, dass die Scheu der Collegen vor verkleinernden Operationen so abnehmen wird, wie dies in England z. B. schon lange zum Heile der Frauen der Fall ist.

Immerhin wird der Geburtshelfer, der ganz auf sich gewiesen ist, des Kephalotripters nicht ganz und gar entbehren können. Für diese Seltenheiten erscheinen die neuen Verbindungen des Kranioklasten mit dem Kephalotripter als das Ideal. Zu erwähnen wären insbesondere die Modelle von Auvard und das jüngsthin beschriebene von Zweifel, ass die empfehlenswerthesten Instrumente. Doch muss das Schloss bei dem Auvard'schen Embryotome céphalique, wie bei einem guten Kranioklasten, weiter von der Spitze entfernt verlegt werden und bei dem Zweifel'schen Modelle, dessen Vorzüge ich voll anerkenne[1]), wenn irgend möglich noch das Schaltstück beseitigt oder befestigt werden. Man weiss ja zur Genüge, wie solche kleine Ergänzungsstücke gerade im entscheidenden Momente nicht zur Stelle sind oder bei längerer Nichtanwendung des Instrumentes verloren gehen. Leider ist der Preis dieser Instrumente ein anscheinend nicht gerechtfertigt hoher. Das Auvard'sche Instrument kostet 60 M., das Zweifel'sche 65 M., ein Preis, der dem Eindringen dieser Instrumente in die allgemeine Praxis sehr hinderlich im Wege sein dürfte.

Soll ich noch einige Worte über die Wahl eines einfachen Kranioklasten sagen, so wäre ein Simpson-Braun'sches Modell mit leichter Beckenkrümmung und einer Entfernung der Schlossachse von etwa 24 cm von der Spitze zu bevorzugen.

---

[1]) Abbildung, Centralblatt für Gynäkologie 1897, No. 18.

Ein neuer an die Central-Niederdruckdampfheizung angeschlossener Sprayapparat.*)

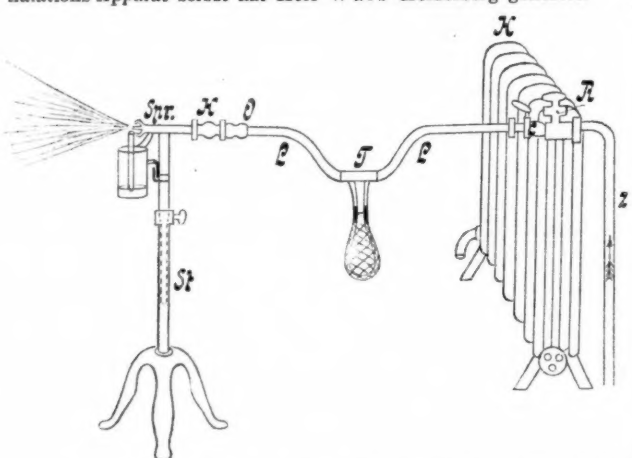
Von Dr. *Strauch*, Assistenzarzt an der Universitäts-Kinderklinik-Heidelberg.

Seit dem Jahre 1895 ist in der hiesigen Universitäts-Kinderklinik ein Apparat in Thätigkeit, der sich in dieser Zeit bei der Behandlung schwerer Larynxaffectionen und besonders bei tracheotomirten Patienten so praktisch bewährt hat, dass es mir nöthig erscheint, auf denselben aufmerksam zu machen. Leicht und ohne grosse Kosten lässt er sich in jeder Privatklinik und in jedem Privathaus mit einer solchen Centralheizung anbringen, und kann man wohl seine Verwendung weiteren Kreisen empfehlen.

In hiesiger Klinik wurde damals ein Neubau für Infectionskrankheiten aufgeführt, dessen Centralheizung durch eine centrale Niederdruckdampfanlage neuester Construction erfolgt.

Prof. Vierordt kam auf den Gedanken, den Dampf, der die Heizkörper unter einem constant niedrigen Druck von nur 0,15 Atm. Ueberdruck durchströmt, für Inhalationszwecke in einzelnen Sälen zugleich noch auszunutzen.

Die Firma Gebrüder Sulzer in Ludwigshafen-Winterthur, welche die Dampfheizung geliefert, erklärte das Project für durchführbar und übernahm selbst die Ausführung, soweit es sich um die nöthigen Aenderungen an den Heizkörpern handelte. Den Inhalations-Apparat selbst hat Herr Walb-Heidelberg geliefert.



In den Heizkörper *H*, einen Radiator gewöhnlichen Modells, strömt der Dampf durch das Zuleitungsrohr *Z* hinein, das bei *R* ein Regulirventil trägt.

Unmittelbar vor diesem Regulirventil ist vom Zuleitungsrohr *Z* durch eine Anbohrung die Leitung *L* zum Sprayapparat abgezweigt. Diese Leitung *L* ist wieder ihrerseits durch den Conushahn *C* absperrbar gemacht. Man kann durch diese Ventilvorrichtungen sowohl Dampf in den Heizkörper und zugleich in die Leitung *L* eintreten lassen, als auch den Eintritt in den Radiator absperren und den Dampf nur zum Sprayapparat leiten.

Der Sprayapparat selbst befindet sich auf einem eisernen Stativ *St* und kann mittelst einer Schraube hoch und niedrig gestellt werden. An der ausziehbaren inneren Stange befindet sich entsprechend der Vorlage eines jeden Inhalations- oder Sprayapparates das Glas nebst dem in 3 feine Röhrchen ausgezogenen Sprayrohr *Spr.*, dessen hinteres Ende einen Holzgriff *H* und eine Schlaucholive *O* trägt. Hieran wird der von der Dampfheizung ausgehende Schlauch befestigt. An dem tiefsten Punkte des Schlauches ist ein T-Rohr eingeschaltet, an dessen Abfluss eine birnförmige Flasche durch einen Gummipfropf befestigt ist. Diese hat den Zweck, das Condenswasser des Dampfes zu sammeln, damit dasselbe nicht mit zum Sprayapparat gerissen wird und dort störend wirkt. Der Schlauch selbst kann von beliebiger Länge sein! Der ganze Sprayapparat kann in dem Stativ um sich selbst gedreht werden.

Die Vortheile dieses mit der Centralheizung verbundenen und durch sie gespeisten Sprayapparats sind nach unsern Erfahrungen folgende:

Der Apparat lässt sich im Augenblick des Bedarfs durch blosses Oeffnen des Hahns in Thätigkeit setzen.

Er gibt einen feinen, gleichmässigen Inhalationsstrom, der, wenn erforderlich, Tag und Nacht ohne jede Schwankung an Intensität entströmt.

Der Apparat ist in jeder Richtung hin gut beweglich und vielfach drehbar und kann in Folge dessen bequem über jedes Bett seinen Inhalationsdampf ausströmen lassen.

Der Apparat braucht für sich im Krankensaal keine offene Flamme, und wird dadurch jede Verschlechterung der Luft und jegliche Feuersgefahr vermieden.

*) Demonstration in der Universitäts-Kinderklinik bei der IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Ferner kann der Apparat absolut nicht explodiren, eine Gefahr, vor der man bei allen anderen Inhalations- und Sprayapparaten erfahrungsgemäss nie sicher ist. Fernerhin zeichnet sich der Apparat durch eine grosse Billigkeit aus, denn, was er an Mehrheizung gebraucht, ist verschwindend gering und lässt sich kaum ziffernmässig berechnen.

Schliesslich erfordert der Apparat, einmal in Thätigkeit gesetzt, auf Stunden hin absolut keine Bedienung oder Ueberwachung.

Diesen vielen angeführten und von uns erprobten Vortheilen steht als Hauptnachtheil gegenüber, dass dieser Sprayapparat, verbunden mit der Centralheizung, naturgemäss von dieser abhängig ist. In den Sommermonaten, in denen die Heizung wegfällt, kann natürlich auch der Spray nicht in Thätigkeit sein. Wenn auch im ersten Augenblick dieser Umstand so störend und schwerwiegend erscheint, dass man darauf hin den Apparat nicht empfehlen könne, so erkennt man bei genauerer Prüfung, dass es schliesslich doch nur sehr wenige Sommermonate gibt, in denen ein grösseres Krankenhaus oder Klinik die Centralheizung gänzlich ausgehen lassen kann. Wir hier in Heidelberg wenigstens haben bis vor circa 10 Tagen auf der Diphtheriestation die Heizung unterhalten müssen, da bei den vielen tracheotomirten Kindern eine vor allen Dingen **gleichmässig** temperirte Luft im Krankensaal, der Canülenathmung wegen, nöthig erscheint. Es handelt sich schliesslich eigentlich nur um die Monate Mai, Juni, Juli, August, und glücklicherweise sind auch gerade in der Zeit schwerere Erkrankungen des Respirationstractus — vor Allem Croup und Diphtherie — nur seltene Erscheinungen.

Technisch war noch ein Gesichtspunkt zu erwägen: Wie schon bemerkt, strömt bei unserer Central-Niederdruckdampfheizung der Dampf unter nur 0,15 Atm. Ueberdruck in die Heizkörper. Es lag nun nahe anzunehmen, dass bei stundenlangem Functioniren der Dampfheizung — besonders wenn gleichzeitig mehrere Sprays in Thätigkeit sind — gewisse Druckschwankungen in der ganzen Heizanlage eintreten könnten. Wir selbst haben von solchen Störungen nie etwas bemerken können, haben aber trotzdem durch einen Sachverständigen der Maschinenfabrik am Manometer Untersuchungen anstellen lassen, die jedoch unsere Bedenken in der Richtung völlig zerstreuten. Es besteht nämlich bei dieser Niederdruckdampfheizung ein sehr sinnreicher, sogenannter «selbstthätiger Druckregulator», der beim Sinken des Drucks im Kessel automatisch durch vermehrten Luftzutritt das Feuer und die Dampfentwickelung verstärkt.

Andererseits könnte man noch die Befürchtung hegen, dass der der Niederdruckdampfanlage entnommene Dampf dadurch, dass das Wasser, wie bekannt, bei solcher Centralheizung 6 Monate und länger nicht erneuert werden braucht, sondern beständig im ganzen Kessel- und Röhrensystem theils in flüssigem, theils in gasförmigem Aggregatzustand kreist, doch vielleicht aus den Röhren, den vielen Verbindungen, Verschluss- und Kittstellen mechanisch oder chemisch Substanzen entnimmt, die dem Dampf beigemischt, schädlich wirken könnten. Um uns auch nach dieser Seite vollkommen zu sichern, haben wir das Condenswasser in sterile Flaschen aufgefangen und es im hiesigen chemischen Laboratorium der Universität prüfen lassen. Von einer bacteriologischen Untersuchung haben wir natürlich absehen zu können geglaubt. Die chemische Prüfung hat Herr Professor Dr. Jannasch freundlichst ausgeführt. Das Resultat ist ein überraschend günstiges. Es hat sich, kurz gefasst, gezeigt, dass das Condenswasser in Bezug auf seine chemische Zusammensetzung fast völlig dem Heidelberger Leitungswasser gleicht, das sich durch besondere chemische Reinheit auszeichnet.

1000 ccm Condenswasser gaben

bei 100° C. einen Rückstand von . . .	0,016 g,
Glührückstand betrug	0,0126 g,
Gehalt an organischer Substanz demnach im Liter Condenswasser.	0,0034 g

Die angestellten Reactionen ergaben:

1. Spuren von H_2SO_4;
2. keine Spur von Cu, kein Fe, kein Pb, kein NH_3;
3. Spuren von Cl.

Nachdem ich Vortheile und Nachtheile dieses Apparates jetzt genügend beleuchtet und gezeigt habe, dass erstere die letzteren bei Weitem überwiegen, glaube ich mit Recht diese kleine praktische Neuerung im Krankenhausbetrieb empfehlen zu können.

Die Hohlräume der mittleren Muschel.

Mit Demonstration von anatomischen Präparaten.*)

Von Dr. *Bergeat* in München.

M. H.! Bei Ausarbeitung des Vortrages hat sich die Nothwendigkeit herausgestellt, nicht nur die Binnenräume im Knochen der mittleren Muschel, sondern überhaupt alle Räume, an deren Bildung dieselbe Antheil hat, zu besprechen. Allerdings sind die Höhlungen im Knochen selbst die wichtigsten; wir erfahren über sie aus Zuckerkandl's Anatomie der Nase, dass eine blasige Auftreibung, Concha bullosa, und ein Tuberculum ethmoidale

*) Vortrag, gehalten auf der IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg.

anticum zu unterscheiden seien. Die erstere führt Zuckerkandl nur auf eine Ausbuchtung am vorderen Ende des Muschelsinus zurück; mehrfache Kammern innerhalb der Concha bullosa sind nach ihm durch die Bildung von knöchernen Septen im Sinus conchae hervorgebracht. Das Tuberculum ethmoidale anticum ist, ebenfalls nach Zuckerkandl's Definition, eine zuweilen sehr grosse Vorwölbung der Sinuswand in der Umgebung des Fissura ethmoidalis inferior gegen das Septum hin. Ich komme auf diese Angaben noch zurück.

Mittels Durchleuchtung und Benützung der Sonde, vielfach der spitzigen Sonde, mit der ich in die Muschel hineinstach, und mittels Durchsuchung der Frontalschnitte habe ich in meiner Präparatensammlung eine grosse Anzahl von einzelnen Hohlräumen constatirt. Die weitere Darstellung derselben habe ich zumeist in der Weise ausgeführt, dass ich von der convexen Muschelseite her mit dem Messer und der Scheere die Räume freilegte. Ich bin schliesslich zu folgender Eintheilung gelangt:

I. Hohlräume, welche nur der mittleren Muschel angehören.

a) Solche, welche in den Sinus conchae münden.

α. Die vordere Sinusbucht. Sie geht mit mehr minder charakterisirter Zellenöffnung dort vom Sinus ab, wo dessen unterer Rand sich vorne emporhebt. Nur ganz kleine Nebenräume finden sich in der Umgebung des Einganges. Die Grösse ist wie von einem Hanfkorne bis von einer grossen Haselnuss. An 180 Präparaten war sie 18mal zu finden (diese und die folgenden Zahlen würden sich bei ganz genauer Durchsuchung noch erhöhen).

β. Das Tuberculum ethmoidale anticum. An meinen Präparaten habe ich nur schwer ein paar Exemplare ausfindig gemacht, durch welche Zuckerkandl's Anforderung der Vorwölbung aus dem Sinus selbst genügt ist, und welche zugleich hinreichend ausgebildet sind, dass sie eben noch demonstrirt werden können; eine klinische Bedeutung haben meine Exemplare niemals besitzen können. Sie sehen hier hinter einem leicht nach Aussen gewölbten vorderen Muscheltheile eine ziemlich flache Pyramide vor dem oberen Nasengange.

γ. Die hintere Sinusbucht. Sie ist selten und entsteht dadurch, dass sich der Sinusrand plattenförmig am hintersten Sinustheile erhebt. Das demonstrirte Exemplar zeigt eine Art Zellenform, indem sich von oben her ein Hohlraum vor die Bucht legt.

δ. Auch unten am Sinus in seiner ganzen Länge kann sich durch starke Aufkrämpung des Muschelrandes eine tiefe, sehr zur Eiterretention geeignete Rinne bilden.

b) Die eigentliche Zelle der mittleren Muschel. Ihre Häufigkeit ist 40. Sie hat einen runden oder halbmondförmigen Eingang in der Höhe der Bulla ethmoidalis, wurde bis haselnussgross gefunden und mündet auf der äusseren Muschelseite, aber nicht in den Sinus, von dessen Umrandung allerdings häufig eine Leiste gegen ihren Eingang zieht. Ihr Unterschied von der vorderen Sinusbucht erhellt aus einem Präparate, welches sie beide enthält. Selten ist sie verdoppelt; an dem einzigen solchen Exemplare befindet sich der Zelleneingang beider in derselben Höhe und einer hinter dem andern. Sie ist bereits bei Foeten anzutreffen, nämlich als kleine Grube einwärts von einem horizontalen Leistchen, in welche von oben her 4—5 radiär zusammenlaufende Schleimhautfalten sich einsenken.

c) Eine Zelle im Crus descendens conchae. Sie war nur einmal vorhanden und bildete einen rundlichen, erbsengrossen Körper im vordersten Theile des oberen Nasenganges. Ihre Mündung ging nach vorne in den mittleren Nasengang hinter die Bulla ethmoidalis.

d) Gruben und Spalten auf der convexen Fläche der mittleren Muschel.

α. Am Uebergange der basalen zur eingerollten Lamelle haben sich dreimal schiffförmige Gruben gefunden, welche stets die gleiche Localisation, etwa $1\,^1/_2$ cm hinter dem vorderen Ende des oberen Nasenganges und ziemlich die gleiche Grösse, 8, 3, 2 mm in der Länge, Tiefe, Breite besitzen. Sie gleichen der Vertiefung in Killian's Zeichnung 48a (Archiv für Laryngologie, IV. Band, 1. Heft, Tafel 3) in der Verlängerung der punktirten Linie a.

β. Auf der eingerollten Lamelle, einige Millimeter über dem unteren Muschelrande. Es sind rundliche Krypten oder längere, schmale, meist gradlinige, horizontale Rinnen, welche durch Verdickung der Schleimhaut an ihrem Eingange oder durch Schleimhautspangen an ihren Enden geschlossenere Hohlräume bilden können. Die Rinnen bringen in bekannter Weise die sogenannte Duplicatur der Muschel hervor. Die Rinnen sind nun entweder als Zeichen einer Entwicklungshemmung (Zuckerkandl: in der That findet man die Muschel manchmal ziemlich schmal) oder als Zeichen eines Durchbruches von Empyemen der Muschelzellen und als Erweiterung von natürlichen Eingangsöffnungen zu solchen Zellen (Woakes, Grünwald) aufgefasst worden. Gegen die erste von beiden letzteren Ansichten spricht die ungemein regelmässige Gestalt der Rinnen und das gleichmässige Verhalten der Schleimhaut an allen Theilen der Muschel, ferner der Umstand, dass in solchen duplicirten Muscheln entweder überhaupt keine, oder von der Rinne etwas entfernt sich haltende und von allen Spuren der Entzündung freie Hohlräume sich gefunden haben; bezüglich des allerletzten Punktes aber ist mir keine Beobachtung bekannt, und es mir auch nicht denkbar, dass Zellen, d. i. Hohlräume mit knöchernen Wänden, die durch ein knöchernverengtes Ostium mit der Nasenhöhle communiciren, auf der convexen Seite der mittleren Muschel ihre normale Mündung besitzen könnten. Weitere Studien vorbehalten, glaube ich die duplicirenden Rinnen mit einer wirklichen, wenn auch vielfach nur rudimentären doppelten Muschelanlage im Gebiete der mittleren Muschel erklären zu sollen (als obere Grenze des Gebietes der mittleren Muschel nehme ich jene nächstobere Siebbeinspalte und deren gedachte Fortführung an, welche mit ihrem gedeckten Theile bis an die Lamina papyracea sich erstreckt). Man findet nun die mittlere Muschel durch einen ganz tiefen Einschnitt nicht selten in 2 wohlausgebildete Muschelkörper getheilt, und überdies habe ich nach der Ablösung der Schleimhaut von einer nur seichtgespaltenen Muschel ebenfalls einen wohlgeformten kleinen Muschelkörper über der Rinne aufgefunden, welcher einen vordern und untern Rand aufwies und nur mit seiner concaven Fläche verwachsen war. Die duplicirende Rinne stellt also hiernach eine überzählige Siebbeinspalte, einen nicht classificirten Nasengang dar und ist desshalb ihre Erklärung mit der Entwicklungshemmung doch noch eingehender zu begründen.

II. Hohlräume, welche mit dem oberen Nasengang communiciren.

a) Unterminirung einer umschriebenen Stelle der Lamina basilaris des Crus descendens von einer hinteren Zelle aus. Es entstehen dabei blasse, dünnwandige Halbkugeln, ähnlich wie bei I c, welche bei oberflächlicher Betrachtung als Schleimpolypen und später als Tubercula ethmoidalia antica imponiren können.

b) und c) Hohlräume im vorderen Theile der mittleren Muschel. b und c unterscheiden sich durch gewisse Unterschiede ihres Abgangs vom obern Nasengange, die mich hier zu weit führen müssten, und ausserdem dadurch, dass die eine Gattung nicht über die Linie des oberen Nasenganges, also über das conventionelle Gebiet der mittleren Muschel hinausgeht, während die andere mit hinteren Zellen in Verbindung steht und damit eine Fortsetzung zur Lamina papyracea findet. Die Ausdehnung von b und c innerhalb der knöchernen mittleren Muschel kann sehr verschieden sein; im Extreme kann die ganze Muschel unterhöhlt gefunden werden. Selten erstrecken sie sich in's Crus descendens. Ihre Häufigkeit war zusammen 26.

III. Hohlräume, welche durch die mittlere Muschel nur ihren Abschluss nach innen hin bekommen haben. Vereinzelt sind solche entstanden:

durch Verwachsung des Processus uncinatus mit der mittleren Muschel;

durch Verwachsung des hintersten Theiles der Bulla ethmoidalis mit dem Muschelsinus, so dass man von der convexen Muschelfläche aus direct in die Bullahöhle hineinstechen kann;

durch zellenförmige Erweiterung des Canalis sinus frontalis;

durch Bildung eines leeren Raumes oberhalb der Bulla ethmoidalis.

Häufiger wölbt sich eine vorderste Siebbeinzelle, wie solche zwischen dem Processus uncinatus, dem Thränenbeine, der Bulla ethmoidalis und der mittleren Muschel über der Aggergegend liegen, die mittlere Muschel vor und hinter der Senkrechten des abfallenden Muschelrandes in die Nasenhöhle herein. Das demonstrirte Präparat zeigt eine solche Zelle, welche vorne beinahe das Nasenbein erreicht und rückwärts einen guten Centimeter weit

über die genannte Senkrechte sich erstreckt (die pathologische Erweiterung solcher Zellen kann aussen und innen durch Pergamentknistern bei der Palpation und Sondirung sich verrathen).

IV. Hohlräume zwischen der mittleren Muschel und dem Septum, in Folge von bandförmigen Verwachsungen hauptsächlich nach Entfernung von Schleimpolypen mittelst der galvanocaustischen Schlinge entstanden.

Was nun Zuckerkandl's Schilderung der Concha bullosa und Tuberculum ethmoidale anticum betrifft, so haben wir gesehen, dass die blasige Auftreibung der mittleren Muschel ausser vom Sinus aus auch noch durch die eigentliche Muschelzelle und durch vom obern Nasengange herkommende Hohlräume hervorgebracht wird. Alle diese Hohlräume können nebeneinander vorkommen, so dass man zur Erklärung der Mehrkämmerigkeit der Concha bullosa der Annahme von Knochensepten im Sinus, welche ich übrigens bisher noch niemals in stärkerer Ausbildung angetroffen habe, sich entschlagen darf. — Hervorwölbungen an der mittleren Muschel gegen das Septum hin in der Art des Tuberculum habe ich in augenfälliger Ausbildung, wie schon bemerkt, weniger durch eine Sinusausbuchtung, welche ich nur auf Zuckerkandl's Angabe hin beachten zu müssen glaubte, sondern vielmehr durch Hohlräume der Kategorie II und durch hintere Sinusbuchten entstehen gesehen.

Sie Alle, m. H., theilen wohl mit mir den Eindruck, dass die Hohlräume der mittleren Muschel eine viel grössere Beachtung verdienen wie bisher. Es sind zwar die mechanischen Behinderungen der Athmung und des Riechens durch knöcherne «Luft- und Schleimcysten» schon mehrfach in die Literatur gekommen, ungemein selten dagegen die Eiterverhaltungen in und die Secretionen aus den gedachten Hohlräumen. Nun kann ich Ihnen aber angeben, dass ich allein in den 40 eigentlichen Muschelzellen 3 mal Eiter gefunden habe und dass ich klinisch schon mehrfach mit positivem Resultate Probepunctionen, Ausspülungen, Eröffnungen verschiedener Muschelhohlräume vorgenommen habe. Ich glaube übrigens, dass keiner unter Ihnen ist, welcher nicht schon beim Entfernen von Polypen des vorderen Muscheltheiles ein sphärisches Stück Knochen mit abgerissen und dabei nicht gelegentlich die Beobachtung gemacht hätte, wie sich mit dem Blute der Wunde ein dünner Eiterstrom vermengte; das hat bedeutet, dass Sie unwillkürlich einen empyematösen Hohlraum der mittleren Muschel eröffnet haben. Vielleicht ist es Ihnen in der Folge dann noch aufgefallen, dass sich die übergebliebenen polypösen Schwellungen manchmal in überraschender Weise zurückgebildet haben, sowie, dass die Länge der Muschel keine Verunstaltung erlitten hat, wie es eigentlich nach Entfernung des grossen Knochenstückes hätte erwartet werden können; das letztere betreffend, habe ich bei meinen absichtlichen Eröffnungen der Muschelhohlräume öfters bemerkt, dass sich kleine Löcher nach einiger Zeit wieder schliessen können. Ich möchte Ihnen nun den Rath geben, bei Vorhandensein von Polypen und polypösen Schwellungen an der mittleren Muschel der Hohlräume zu gedenken; voraussichtlich Ihre Patienten, jedenfalls aber die Wissenschaft werden davon Nutzen haben, letztere, weil sich hier ein klassischer und vortheilhafter Punkt für die Entscheidung mancher Fragen über Empyeme und die Entstehung der Polypen befindet. Weiter ist es klar, welche Wichtigkeit den Hohlräumen der mittleren Muschel in der Differentialdiagnose der Empyeme zukommt. Ich will nur die Angabe machen, dass das Secret der auf der concaven Muschelseite mündenden Zellen nicht an der äusseren, sondern an der inneren Seite des mittleren Nasenganges, also an der Muschel selbst der Regel nach herabkommen muss. Ich werde übrigens in einer ausführlichen topographischen Studie die Verhältnisse noch eingehend erörtern; hier will ich Ihnen nur ein Präparat zeigen, an welchem die obligate Combinirung eines Empyem der Bulla und der Muschelzelle klar liegt. Ueber die Entstehung besonders grosser Hohlräume will ich noch bemerken, dass dieselben manchmal wegen ihrer makroskopisch normalen Knochenstructur, die ich dann nur neben einer hyperplastischen Beschaffenheit der Schleimhaut gefunden habe, gar nicht an entzündliche Einflusse denken lassen, dass es aber andere Male, wo entweder glasartig spröder oder pergamentweicher Knochen unter einer veränderten, verdünnten oder aufgelockerten Schleimhaut sich befindet, sich vermuthen lässt, dass der hydrostatische Seitendruck wieder verschwundener Exsudate die Erweiterung der Hohlräume veranlasst habe; die von Woakes veranlassten Studien über Ethmoiditis sind zum Theile an solchem Materiale ausgeführt worden.

Anthropologisch interessant ist, dass bei den Europäern die Hohlräume der mittleren Muschel am macerirten Schädel häufiger zu constatiren sind, als bei den anderen Rassen.

Ueber communicirende Stirnhöhlen.*)

Von Professor Dr. *Killian* in Freiburg i. B.

M. H.! Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit, drei Fälle von doppelseitiger Sinuitis frontalis zu beobachten, welche desswegen ein besonderes Interesse beanspruchen dürfen, weil bei ihnen die beiden Stirnhöhlen miteinander communicirten.

In dem ersten Falle handelte es sich um ein junges Mädchen, welches zugleich an einer linksseitigen chronisch-eitrigen Kieferhöhlenentzündung litt. Nach Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel gelang es, die linke Stirnhöhle zu sondiren und eine Canüle in sie einzuführen. Die Ausblasung ergab ein positives Resultat; es entleerte sich Eiter. Auch vom oben im rechten mittleren Nasengang bemerkte ich gelegentlich Eiterspuren. Patientin gab bestimmt an, hie und da einmal eine gewisse Eitermenge aus der rechten Nasenseite ausgeschnaubt zu haben. Bei der näheren Untersuchung erwies sich die rechte Kieferhöhle als gesund.

Bevor ich dazu gekommen war, die rechte Stirnhöhle genauer zu untersuchen, passirte es nun gelegentlich einer Ausspülung der linken, dass sich plötzlich Eiter aus dem rechten Nasenloch entleerte. Die sofortige Inspection ergab, dass er aus der rechten Stirnhöhlengegend herabgekommen war. Bei forcirter Ausspülung von links her, floss dann auch ein Theil des Wassers aus der rechten Nasenseite ab und beim darauffolgenden Durchblasen von Luft durch den linken Sinus frontalis konnte man die letzten Wasserreste aus der Mündungsgegend des rechten herausbrodeln sehen. Diese Manöver habe ich zur Controle des öfteren ausgeführt; auch gelangen sie mir umgekehrt, d. h. von der rechten Seite aus. Später, als die Absonderung eine sehr geringe geworden war, floss kein Wasser mehr von einer Seite auf die andere hinüber.

Der zweite Fall betraf eine Näherin, welche seit längerer Zeit von doppelseitiger eitriger Sinuitis frontalis und maxillaris heimgesucht war. Alle vier Höhlen waren für Sonden und Canülen bequem zugänglich. Blies man Luft durch die Canüle in die eine Stirnhöhle, so konnte man schaumigen Eiter aus der andern sich entleeren sehen und umgekehrt. Ebenso gelang es von jeder Seite aus, beide Stirnhöhlen auf einmal auszuspülen. Während die Kieferhöhlen breit aufgemeisselt werden mussten, heilten die Stirnhöhlen nur durch Ausspülungen fast vollständig aus. Die letzteren wurden allerdings über ein Jahr lang fortgesetzt.

Als dritten Fall erwähne ich noch einen älteren Herrn, welcher seit Jahren an Nasenpolypen litt und mehreremals, das letztemal von mir operirt worden war, wobei ich beiderseits vordere Theile der mittleren Muschel entfernen musste. Dieser Patient kam nach längerer Zeit wieder zu mir mit einer doppelseitigen acuten Sinuitis frontalis leichteren Grades, welche seit acht Tagen bestand. Auch bei ihm konnte man auf jeder Seite die Canüle in die Stirnhöhle einführen. Bei der Ausspülung kam sämmtliches Wasser zur anderen Nasenseite heraus und Patient fühlte, wie es in der Stirne hinüberlief. Die Rhinoskopia anterior bestätigte auch, dass es jeweils aus der Mündungsgegend der anderen Stirnhöhle sich entleerte. Da Patient jedesmal nach den Ausspülungen stärkere Kopfschmerzen bekam und die schleimige Absonderung nur eine geringe war, so gab ich diese Behandlung bald auf.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass in diesen drei Fällen eine Oeffnung im Septum frontale vorhanden war. Dieselbe kann auf verschiedene Weise entstanden sein. Entweder handelt es sich

1. um eine anatomische Bildung, analog dem Foramen accessorium der Kieferhöhle, oder
2. um eine Durchbruchsöffnung, entstanden in Folge Durchbruchs des Eiters aus einer Stirnhöhle in die andere, oder
3. um eine Verletzung des Septum frontale.

Was nun die erste Möglichkeit angeht, so sieht man zwar oft an macerirten Schädeln selbst grosse Oeffnungen in der Stirnhöhlenscheidewand; aber ein Loch in der häutigen Wand muss doch wohl etwas ungemein Seltenes sein. Nicht einmal Zuckerkandl, der doch gewiss ein grosses Material gesehen hat, erwähnt eines derartigen Falles. Dass es aber in der That vorkommt, beweist Ihnen das Präparat, welches ich Ihnen hier vorzeige, nachdem es mir ein glücklicher Zufall gerade zur rechten Zeit in die Hände gespielt hat.

*) Vortrag, gehalten in der IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg.

Sie sehen hier bei anscheinend normaler Schleimhaut der beiden Stirnhöhlen eine linsengrosse Oeffnung in dem häutigen Theil des Septum frontale. Die Ränder desselben sind glatt und abgerundet. Von einem Kunstproduct kann nicht die Rede sein.

Solche Löcher entstehen offenbar ebenso wie accessorische Kieferhöhlenmündungen. An einer Stelle, an welcher die Stirnhöhlenscheidewand rein häutig beschaffen ist (man könnte das eine Fontanelle des Septum frontale nennen), bildet sich eine Verdünnung heraus und gelegentlich kommt es bei heftigem Schnäuzen, Niesen u. dergl. mehr zum Durchbruch. Das so entstandene Loch vergrössert sich in Folge der vorhandenen straffen Spannung der Schleimhaut und seine Ränder umsäumen sich.

Bezüglich der zweiten Möglichkeit ist zu bemerken, dass bei Verschwellung des Ausführungsweges eines Sinus frontalis nach der Nase und eingetretener Exsudatstauung sehr wohl einmal an dem schwächsten Punkte der Höhlenwände — und das wäre eine Fontanelle des Septum frontale — ein Durchbruch nach der anderen Seite erfolgen kann, welche dann wohl auch inficirt wird, wenn sie nicht schon vorher erkrankt war. Vielleicht ist es so in meinem ersten Falle zugegangen.

Die dritte Entstehungsweise, d. h. durch Verletzung, darf nicht ganz ausser Acht gelassen werden. Bei forcirter Ausspülung oder auch beim Andrängen einer Canüle könnte sehr wohl einmal eine Fontanelle der Stirnhöhlenscheidewand zersprengt werden. Grössere Traumen, an passender Stelle einwirkend, dürften wohl gar im Stande sein, ein knöchernes Septum frontale zu verletzen.

Was den Verlauf der Sinuitis bei Vorhandensein eines Loches im Frontalseptum angeht, so mag dadurch eine Spontanheilung oder eine solche durch Ausspülungen begünstigt werden wegen des Vorhandenseins einer Gegenöffnung. Immerhin dauerte in meinen beiden ersten Fällen die Behandlung ziemlich lange.

Aus der Literatur habe ich ersehen, dass Blumenbach Oeffnungen im Septum frontale beschreibt, dazu bestimmt, «ut transitus ex uno in alterum sinum pateat». Wahrscheinlich haben ihn die Verhältnisse am macerirten Schädel zu dieser Angabe verführt.

Bei der Section eines an Meningitis und Hirnabscess nach eitriger Cellulitis ethmoidalis und Sinuitis frontalis et maxillaris Verstorbenen beobachtete Schäfer (Prager med. Wochenschr. 1883, S. 189) in der Stirnhöhlenscheidewand «eine erbsengrosse Communicationsöffnung zwischen beiden mit Eiter gefüllten Stirnhöhlen».

Eine ebensolche sah Jansen (Arch. f. Laryngol. I. S. 155), als er einen eitrig entzündeten Sinus frontalis breit eröffnete. Durch das Loch kam Eiter von der anderen Seite herüber, was den Operateur veranlasste, die Operation auch auf diese auszudehnen.

Bei unverletzten Stirnhöhlen am Lebenden scheint ein Foramen interfrontale — d. h. ein Loch in der Stirnhöhlenscheidewand — bisher noch nicht diagnosticirt worden zu sein.

Nachtrag bei der Correctur.

Gelegentlich einer zu anderen Zwecken vorgenommenen gründlichen Durchsicht der Literatur fand ich noch eine ganze Reihe von Angaben, welche die vorliegende Frage betreffen.

Bei normalen Stirnhöhlen sollen nach Denonvilliers und Gosselin (Compendium de chir. prat. III. 11. Lief. Dec. 1852, S. 92) manchmal ein oder mehrere Foramina interfrontalia vorkommen. Nach Bornhaupt (Archiv für klin. Chirurgie. 26 Bd. 1881, S. 589) ist dies besonders im Greisenalter der Fall, in Folge von Resorptionsvorgängen. Ein Präparat von communicirenden Stirnhöhlen beschreibt Winckler (Archiv f. Laryng. 1894. I. S. 186, Fall 25). Ein ebensolches von König (Dissert., Bern 1892) mit breiter Communication halte ich nicht für beweisend.

Bei operativen Eröffnungen des Sinus frontalis wurde das Septum durchlocht gefunden von: Ogston (The med. Chronicle, Dec. 1884, citirt nach Lichtwitz) in 3 Fällen, Stedmann (New-York med. Record. 1885, vol. 28, S. 120), v. Esmarch (vergl. Berger, Dissert. Kiel 1887, 3. Fall, S 11), Praun (Dissert. Erlangen 1890, S. 40), Montaz (Dauphiné méd. April 1893, citirt nach Centralbl. f Laryng. X., S. 178), E. Richter (Dissert. Leipzig 1895, S. 10), Müller (Wiener klin. Wochenschr. 1895, S. 194), v. Hopfgarten (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1896) in 2 Fällen. In allen handelte es sich um doppelseitige Sinuitis frontalis mit Ausnahme des Falles Müller, in welchem trotz der Communication nur eine Seite erkrankt war. Nicht ganz einwandsfrei sind die Beobachtungen von Stedmann und v. Esmarch.

Der Gedanke, dass das Septum frontale von dem Eiter durchbrochen werde, findet sich schon bei Sandifort (Observ. anat. pathol., lib. 3, chap. 9, S. 122, citirt nach Callisen, System d. neuer. Chirurgie II. 1824, S. 264), A. G. Richter (Observ. chir. fasc. II. S. 50. Göttingen 1776), der einen bezüglichen Fall auf dem Leichentisch, wenn auch unvollkommen untersucht hatte, ferner Betbèze (Gaz. des hôp. 1866, S. 94), Heinke (Pitha-Billroth III. 1. A. 1866—73, S. 148), Berthon (Thèse de Paris 1880, S. 14), Kuhnt (Erkrankungen der Stirnhöhle. 1895, S. 67). Bei dem Patienten von Montaz kam der Eiter viele Jahre lang nur aus einer Nasenseite und dann erst aus beiden, offenbar nachdem der Durchbruch durch das Septum frontale erfolgt war.

Was die Diagnose der Communication beider Stirnhöhlen am Lebenden ohne vorausgegangene Operation angeht, so ist bis jetzt allerdings von einem Falle, den Habermann beobachtete, durch E. Richter mit einigen Worten berichtet (S. 18) worden.

Feuilleton.

Einige anatomische Reminiscenzen von der internationalen Kunstausstellung in Dresden 1897.

Gestatten Sie mir, sehr geehrter Herr Redacteur, dass ich die Collegen, welche die Kunstausstellung besuchen, auf einige daselbst vorhandene anatomische Unmöglichkeiten aufmerksam mache. Es kommen zum Theil Flüchtigkeitsfehler in Frage, zum Theil aber auch macht sich eine Misshandlung aller anatomischen Grundsätze in unangenehmer Weise geltend. Die Herren Collegen mögen nachprüfen und selbst Stellung nehmen.

Die Perle, von rein ärztlichem Standpunkt aus, ist Saal 7, mit der Collection des Brüsseler Malers und Bildhauers Meunier. Dem Anatomen geht das Herz auf, wenn er sieht, wie hier mit feinstem Verständniss in den Reliefs und in den Broncen die typischen Wuchsformen in verschiedenen Arbeitergestalten vorgeführt werden. An den 40 vorhandenen plastischen Darstellungen lässt sich kaum eine einzige anatomische Unrichtigkeit auffinden. Es muss Absicht des Künstlers gewesen sein, dass, wie z. B. in No. 1249: «Die Industrie» — alle Gestalten mit auffallend hochschulteriger Bauart dargestellt sind. Dadurch rückt der Armansatz höher hinauf, es kommt die Sehne des breiten Brustmuskels mit ihrem Ansatz an den Oberarmknochen hoch zu liegen; umgekehrt liegt die Brustwarze tief gegenüber der (quer verlaufenden) vorderen Achselhöhlenfalte. Das ist als eine Eigenart des Künstlers aufzufassen, wie ein Vergleich lehrt mit den Gestalten seines Landsmanns Laermans, No. 326, in Saal 2. Hier sind alle die am «Streikabend» betheiligten Arbeiter mit hängenden Schultern, steil abfallender Nackenschulterlinie, mit ausgesprochenem Habitus phthisicus ausgestattet. Meunier liebt kräftige Gestalten mit hochangesetzten Schultern und mit einer mehr wagrecht verlaufenden Nackenschulterlinie. Laermans hat andere Anschauungen. Die Laermans'schen Formen kommen aber auch bei Meunier zur Geltung, z. B. bei dem «Säemann», der soeben in der Arbeit begriffen ist, mit nach vorn gebeugter Körperhaltung aus seinem gefüllten Säetuch die Frucht auf den Acker zu streuen. In mustergiltiger Weise ist die gebeugte Wuchsform im ganzen Körper des Säemanns durchgeführt: Die Strecke auf dem Rücken von der Lendeneinbiegung bis zum Dornfortsatz des 7. Halswirbels ist lang, das Acromion ist nach vorn mitsammt dem Schulterring verschoben und auch die sogenannte Brustspitze (Apex thorac.), wie eine seitliche Betrachtung von No. 1285 zeigt, hat sich von dem 7. Halswirbel mitsammt dem Kappenmuskel nach vorn geschoben. Der breite Rücken, die flache Brust, die Verschiebung der Lothachse u. dergl. m. kommen in ausgezeichneter Weise bei dieser Darstellung der vorgebeugten Körperhaltung zur Geltung.

Die Steigerung dieser engen Brust und der gebeugten Haltung zum krummen Rücken ist in No. 1270 und 1279 dargestellt. Alle die Alterserscheinungen, die uns von dem diagnostischen Unterricht aus der Klinik her bekannt sind als dem Greisenrücken eigenthümlich, sind am Brustkorb berücksichtigt, besonders die Annäherung des Halsgrubenpunktes an die Nabel- und an die Schaumfugengegend. Aufgefallen ist Ihrem Berichterstatter nur, dass in No. 1279 der Sohn nicht die abnorm langen Oberschenkel des greisen Vaters geerbt hat. Eigentlich müsste er sie haben, denn er ist (nämlich der Sohn) über die Jahre hinaus, in denen Arme und Beine noch wachsen. Kinder hat Meunier leider nicht mit ausgestellt.

Gleich Rühmliches würde von allen anderen plastischen Darstellungen in der Meunier-Collection gesagt werden müssen. Und da fällt als ein arger Misston hinein das Pastellbild von Meunier, No. 1302, «Hekatombe» betitelt. Auf dem Tisch liegen ausgestreckt die Leichen einiger verunglückter Bergleute; sie liegen platt auf dem Rücken. Gleich bei der ersten Leiche reicht die kolossal grosse breite Hand mit geschlossener Faust bis zum linken Knie; das rechte Bein und die rechte Hand sind unförmlich geschwollen. Ueber den Gesichtsausdruck hat Ihr Berichterstatter nicht zu reden — aber jedenfalls hat der Maler Meunier nicht die Natur gesehen und verständnissvoll nachgeahmt, als wie der Bildhauer Meunier. Dieses Bild müsste nicht ausgestellt sein; der Anatom bekommt Beklemmung inmitten von so vorzüglichen Leistungen eines und desselben Künstlers. Die Grösse seiner plastischen Leistungen tritt hervor, wenn z. B. in Saal 11 die sehr an Meunier's Arbeiten erinnernde Bronce No. 1146 zum Vergleich herangezogen wird. Die Hochschulterig-

keit der Meunier'schen Gestalten ist hier noch übertrieben, der rechte Armansatz zu dünn, der Oberarmgelenkkopf zu hoch angesetzt. Das müsste eine sonderbare Amputationsfläche geben. Wer von den Collegen sich für solches Detail interessirt, der suche No. 1166 im Saale auf.

In Saal 3 hat uns das coloristisch hoch angesehene Bild von Laermans-Brüssel, No. 327, einen bösen Streich gespielt, ein Zeichnenfehler uns im ungestörten Genuss der Farbenwirkung gestört. Da musste, nach dem ersten Eindruck, an der Mittelfigur etwas falsch gezeichnet sein. Und richtig: die beiden recht realistisch gemalten und dem Beschauer zugekehrten Fusssohlen gehören wohl einballigen Schuhen an, haben ganz richtige Meyer'sche Fusssohlenlinie und auch sogar das richtige Meyer'sche Brandsohlenmuster — aber der linke Fuss hat den rechten Schuh an, der rechte den linken. Den Künstler stört das wahrscheinlich nicht — der Doctor mit anatomischer Veranlagung aber, wenn er auf einem solchen Fehler hängen bleibt, kommt um den richtigen Genuss des ganzen Werkes. So wenig wie der berühmte Maler seine einballigen Stiefeln verwechseln kann ohne Schmerzen für seine Füsse, so wenig kann das ein Doctor vertragen an guten Bildern. Der Saal 3 gibt noch vielfach Gelegenheit zu Fuss- und Beinstudien; z. B. da ist ein rhachitisches Kind mit echten Säbelbeinen und mit Wasserkopf in No. 326; dicht dabei das ausgezeichnet malerisch dargestellte nackte einjährige Kind in No. 329 von Ladenberger in München mit dem langen Rumpf, den kurzen, aber doch proportionirten Armen und Beinen. Die richtige Meyer'sche Fusssohlenrandlinie haben auch No. 310 u. s. w.

Von den Künstlern, die sich zutrauen, anatomische Verhältnisse plastisch darstellen zu können, sind nur wenige, denen feineres Verständniss fehlt. Traurig bestellt ist es mit der Anatomie der äusseren Formen in der Nummer 1042. Die Missgeburt hat die Taille nicht am unteren Rand des Rippenbogens, sondern unter den Armen; das Becken ist dementsprechend viel zu hoch im senkrechten Durchmesser, die Beine sind zu kurz, das Gesäss fehlt, die linke Hand reicht nur bis zur Gesässfalte. — Das Relief ist, wie so manches andere anatomisch Minderwerthige, zur Verloosung angekauft. In einer anderen Verwendung, auf der Aussenseite eines Bierkruges, ist dasselbe anatomische Unding noch einmal wiederholt und mit dem 2. Preise gekrönt worden.

Das hier gerügte Verkennen der Proportionen von Rumpf und Körpergliedern führt mich zu einem Stossseufzer über die zu langen Beine, Arme und Hälse auf der Ausstellung. Absicht waltet hier bei dem von Künstlern aller Länder zu lang genommenen Oberschenkelstück des menschlichen Körpers. Es sollen gleich sein von rechtswegen am Durchschnittsmenschen von gesunder Proportion: die Entfernungen vom Acromion bis zum Anfang der Leistenfalte (vorderer oberer Darmbeinstachel), von da bis zum Knie und vom Knie bis zur Fussohle.

Beim schlanken Menschen sind die Beine länger, aber immer haben Oberschenkel- und Unterschenkelstück in der Wirklichkeit gleiches Maass. Fast kein Künstler, ob Maler oder Bildhauer, kehrt sich an dieses Gesetz, sobald es ihm darauf ankommt, Schlankheit darstellen zu wollen. Wer sich von den Collegen für dieses Detail interessirt, der findet die langen Oberschenkel in No. 388 bei Melchers; No. 387 dagegen hat viel zu kurze Unter- und Oberschenkel; die Hose des Schiffszimmermannes bleibt 35 cm von der Körpermitte im Schnitt entfernt und No. 386 von demselben Künstler Melchers hat richtige Proportionen. — Die Nymphe aus Paris No. 370 hat auch unmöglich lange Oberschenkel, No. 605 aus London ebenso, der badende Knabe No. 667 aus Berlin, No. 1081 aus Florenz, No. 1087 aus Dresden, No. 1125 aus Brüssel ebenso. In No. 1227 hat der liegende Körper einen zu langen, der sitzende einen zu kurzen Oberschenkel. Von dem in der Ausstellung mehrfach vertretenen guten Samariter (No. 416, 36) hat der in No. 36 entschieden zu kurze Beine. — Böcklin's stehende Figur, No. 58, ist ein wunderlicher, schmalhüftiger Mensch, No. 57 ist ganz unweiblich hochschulterig gewachsen u. s. w. — Mit diesen Fehlern soll jedoch der Anatom nicht rechten — der Künstler wird sich diese Freiheit, wie gesagt, nicht nehmen lassen, wenn er den Eindruck des Schlanken hervorbringen will.

Der lange Hals vom Vogel Strauss, der sich in No. 540 findet, geht über das Erlaubte hinaus; dieser Hals müsste mindestens 10 gewöhnliche, richtige Halswirbel haben.

Von unmöglich langen Armen sei der in No. 114 betont. Mit dem Oberarm zusammen würde der Arm der schönen Frau bis zum Knie reichen.

Wer sich für die richtige und für die falsch wiedergegebene Contour des Darmbeinkammes bei einseitig nach vorn gerolltem Bein interessirt, der kann Vergleiche anstellen an den verschiedenen schaumgeborenen Göttinnen und an den plastischen Darstellungen in den Nummern 240, 488, 939, 1136, 1151, 1205. Der Nabel muss darnach bei den Künstlern einen noch viel beweglicheren Platz haben, als bei den Anatomen.

Ein arger anatomischer Verstoss ist No. 1043, genannt «Die Ruhe». Das Relief gleicht eher einem Grabstein auf dem Montmartre. Dem Kind sind in der rechten Achselhöhlenwand einige Rippen herausgenommen worden und hat sich der Brustbeinausschnitt ganz nach links verzogen, mit schiefem Aufsatz des Halses.

No. 180 «Die Susanne im Bad» hat von der Taille an nach unten männliche Formen — Das bekannte und bequeme Mittel, um X-Beine zu verhüten.

No. 247a ist «Die 5 getrennten Seelen» benannt. Die mittlere Gestalt hat eine ganz verzeichnete Fossa supra clavicularis.

No 293, 294 haben verschiedene grobe Fehler, z. B. die rechte Schulter in No. 293, das linke Handgelenk.

No. 412a, betitelt «80 Centesimi», bringt in Glutäusansicht 9mal die Sitzhöhe zur Anschauung, welches Maass von Bertillon in so genialer Weise in seinem Buche über Verbrechersignalement benützt worden ist. Hier stehen aber die Sitzhöhen, d. h. Sitzbeinhöckerhöhen, nicht in der strengen Abhängigkeit zur Schlankheit der Beine.

No. 482. Warum haben die «3 Parrison-Geschwister» so wenig Taille und warum hat die mittlere Gestalt die Tailleneinschnürung so hoch? Das stimmt nur bei Kindern von 6—7 Jahren, später nicht mehr.

No. 96 hat Gicht (Arthritis pauperum) in den Fingergelenken. Es soll schwer sein, Hände richtig und scharf zu zeichnen. Diese Gicht aber drängt sich auch durch absichtlich verwaschene Umriss hindurch.

No. 575 hat einen schief geheilten Oberarmbruch mit Schwund der Armmuskeln und 40 Proc. Verlust an Arbeitsfähigkeit. Ist es die Absicht des Künstlers gewesen, Unfallfolgen zu malen?

No. 734, «Nach dem Bade», hat allgemein geschwollene, ödematöse Körperumrisse.

An eine Beurtheilung der in der Abtheilung «Graphische Künste» untergebrachten Lithographien und Radirungen, welche anatomische Kenntniss des Menschen voraussetzen, wagt sich Ihr Berichterstatter gar nicht heran. Besonders die Schule Worpswede setzt sich mit Absicht oder sogar mit Hohn über die einfachsten Proportionen hinweg, viel schlimmer als die Pariser Schule. Die Bilder erinnern an die Carricaturen, mit denen in den Secirsälen von übermüthigen Schülern die Tische und Wände bemalt sind.

Aus der Zeit, unmittelbar nach dem grossen Anatomen Michel-Angelo, hat sich bereits schon einmal eine derartige absichtliche Lust am Verunstalten der menschlichen Proportionen sehr breit gemacht. Was die Impressionisten von heute bieten, ist lediglich eine Copie z. B. des Monogrammisten M. N. vom Jahre 1650. Sollten die Plakatzeichner der Zeitschrift «Die Jugend» einmal um Stoff in Verlegenheit sein, die 12 Bilder des Monogrammisten M N. bieten ihnen einen solchen.

Zum Glück müssen die plastischen Künstler die Anatomie hochhalten. Ihr Berichterstatter hat sich immer wieder zu diesen schönen und von unendlicher Liebe zum Studium zeugenden Kunstwerken zurückgezogen, wenn ihn Beklemmungen ankamen bei der Betrachtung der verschwommenen, von der Wirklichkeit losgelösten Darstellungen: 147, 221, 1000, 983, 920, 919, 947, 992, 879. Es ist zum Glück eine Minderheit von Malern auf der Dresdener internationalen Ausstellung, die es liebt, an Stelle von Menschen ein Zerrbild (No. 127) zu bieten. Eine solche Mache bedarf keines Studiums, keines anatomischen Gefühles. Eigentlich hatte Ihr Berichterstatter noch Schlimmeres befürchtet, auch bezüglich der Preisvertheilungen. Der geneigte College, welcher diese Zeilen liest und die Ausstellung besucht, möge selbst nachprüfen. Schön, tadellos schön, sind von rein anatomischem Standpunkt die Nummern 617, 679, 788, 329, 416 — 1127, 1205 und vieles, vieles Andere. Wie müssen diese Künstler gearbeitet haben! N.

Referate und Bücheranzeigen.

Leopold G.: Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt. Geburtshilflich-anatomischer Atlas, 30 Tafeln enthaltend, mit Erläuterungen und 5 Texttafeln. Leipzig 1897. S. Hirzel. Preis: Mk. 120.—.

Der vorliegende Atlas wurde aus einer Sammlung «geburtshilflich-anatomischer Momentbilder» zusammengestellt, um zur Demonstration der Entwickelung und des Baues der Placenta vom ersten bis zum letzten Monat der Schwangerschaft, ferner der Lage, Haltung und Stellung des Kindes, des Geburtsmechanismus, des unteren Uterinsegmentes und des inneren Muttermundes, der Placenta bei extrauteriner Schwangerschaft u. A. m. im Unterricht verwendet zu werden.

Besonders kostbare Objecte boten 2 Schwangerschaften von 8 und 14 Tagen und Extrauterinfruchtsäcke von 5 und 10 Monaten.

Der erste Theil des Werkes enthält die Beschreibung der Präparate und zwar im Anschluss an möglichst genaue Krankengeschichten und mit exacter mikroskopischer Schilderung nebst einem Vergleich der analogen bisherigen Beobachtungen z. B. bezüglich des 7—8 tägigen Eies der von Reichert, Breus, Jones, Ahlfeld und Kollmann beschriebenen Eier. — Im zweiten Theil sind dann die Ergebnisse aus dem Material des ersten Theils zusammengestellt; unter diesen hat in No. 4 der Assistent Herr Dr. Gaiser die Entwickelung der Placenta besprochen.

Die Abbildungen des Werkes rühren theils von dem früheren Externen der Dresdener Klinik, Herrn Dr. Hölemann, theils — namentlich die mikroskopischen Bilder der jüngsten Eier — von dem eben erwähnten Herrn Dr. Gaiser, theils von dem Maler Dietrich in Dresden her und sind ohne eine einzige Ausnahme in jeder Beziehung vortrefflich durchgeführt und ausgezeichnet reproducirt. Für die makroskopischen Präparate wurden alle Vorschriften der Gefriermethoden Braune's und seiner Nachfolger auf das Genaueste befolgt, die Präparate konnten aber nicht immer mit Becken- und Lendenwirbeln oder mit dem halben Körper in situ gewonnen werden, doch wurde bei der Autopsie und bei der späteren Lagerung zum Gefrieren mit aller Sorgfalt darauf geachtet, dass an dem gegenseitigen Verhältniss der Theile zu einander nicht das Geringste verändert wurde.

Bezüglich der wissenschaftlichen Ergebnisse genügt es, auf folgende Hauptpunkte aufmerksam zu machen: Die Decidua vera ausserhalb der Placenta behält in der ganzen Zeit der Schwangerschaft genau den Typus ihrer ersten Anlage und behält also langgezogene Drüsenräume, ferner ein feines Maschengerüst von Deciduazellen mit grossen Kernen und nach innen davon einen pleuralen Saum dicht gedrängter Deciduazellen (compacte Schicht).

Die junge Decidua capsularis, die schon am Ende der ersten Woche das Ovulum ganz umgibt, enthält alle Bestandtheile der Vera, Drüsen, Capillaren und Deciduazellen; aussen und innen fehlt eine epitheliale Bekleidung. Drüsen bleiben bis zum Ende des 4. Monats, dann aber atrophirt die ganze Kapseldecidua.

In Betreff der Decidua basalis (serotina) wird betont, dass schon am Ende der 1. Woche kleine Gewebsbalken derselben zu erkennen seien, in denen sich feinste Capillaren befinden. Ein Einwachsen der Zotten in Uterindrüsen konnte nirgends beobachtet werden. Schon in der 2. bis 3. Woche stehen die Zwischenzottenräume mit den Blutgefässen des Eibodens und der Eikapsel im directesten Zusammenhange, also ist die bisherige Annahme, dass sich ein wirklicher intervillöser Kreislauf erst im 5. Monate ausbilde, unhaltbar.

Zwischen Drüsenresten, Blutgefässen und Zottenköpfen liegen in grossen Mengen die serotinalen Riesenzellen, die nach der jetzigen Ansicht des Verfassers Bindegewebszellen sind und mit dem Uterusepithel nichts zu thun haben. Die frühere Annahme, dass sie an der physiologischen Thrombose der Uterinvenen lebhaften Antheil hätten, insofern sie durch die Gefässwand drängten und das Lumen verstopften, hat Leopold jetzt aufgegeben, da diese Thrombose, welche schon im 4. bis 5. Monat d. S. zu bemerken sei, als Folge einer Wucherung der Intima auftrete.

Bei den beiden jüngsten Eiern von 7—8 und 14 Tagen konnte schon eine deutliche Entwickelung feinster Gefässe in den Zotten erkannt werden, und jedenfalls tritt bereits in den ersten Wochen mütterliches Blut in die Zwischenzottenräume und umspült sämmtliche Zottenwurzeln. Das Säulengerüst der Placenta wird von den Decidua- und Zottenbalken aufgerichtet.

Hinsichtlich des Sitzes der Placenta hat sich auf's Neue feststellen lassen, dass die Placenta hinten sitzt, wenn die Tuben auf der Vorderwand der Gebärmutter convergirend verlaufen, dagegen vorn, wenn jene an den beiden Seitenkanten, also parallel der Längsachse des Körpers liegen.

Uebereinstimmend mit den v. Franqué'schen Tabellen ergab sich, dass das Collum in der Regel bis zum Ende der Schwangerschaft im Wesentlichen als solches erhalten, das Ostium internum geschlossen bleibt und über das untere Uterinsegment sagt Leopold, er halte an der Ansicht fest, dass es beim hochschwangern und kreissenden Uterus (in der 1. und 2. Geburtsperiode) oberhalb der Schleimhautgrenze d. h. des inneren Muttermundes einen dem Corpus uteri angehörenden Abschnitt gebe, welcher gedehnt werde und welcher von Decidua, niemals von Cervicalschleimhaut bekleidet sei.

Soviel über einige der wichtigsten Fragen, die durch die mustergiltigen Abbildungen mit entschieden werden.

Die Ausstattung des Werkes ist, wie das von S. Hirzel's Verlag nicht anders zu erwarten war, eine vortreffliche und so können wir denn in dem angezeigten Werke eine hochwillkommene Bereicherung der geburtshilflichen Lehrmittel begrüssen, die wohl bald in keiner geburtshilflichen Klinik und in keiner Hebammenlehranstalt mehr fehlen wird. F. v. Winckel.

Dr. **Herm. Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende.** Fünfte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Zweiter, dritter und vierter Band, 1895/97.

Rasch sind dem ersten Bande, dessen Erscheinen in 5. Auflage wir in dieser Wochenschrift (1896, S. 13) ankündigten, der zweite, dritte und vierte Band gefolgt. Auch sie fügen dem altbewährten Inhalte das wenige Neue hinzu, was die wenigen Jahre nach dem Erscheinen der früheren (4.) Auflage gezeitigt haben, und erhalten somit das vortreffliche Werk auf der Höhe der Zeit. Neben einzelnen Umarbeitungen bringt der um $4^1/_2$ Bogen vermehrte zweite Band einige neue Capitel, wie über die nervöse Regurgitation, die Atonie des Magens, die Enteroptose (Glénard), Darmatonie und andere motorische Neurosen des Darmes, Pankreassteine und einige symptomatische Harnanomalien, wie die Haematoporphyrinurie und die Pneumaturie.

Eine bedeutendere Zunahme des Umfangs (um 8 Bogen) hat der 3. Band, welcher die Krankheiten des Nervensystems, der Muskeln und der Haut enthält, erfahren. Der rascheren Entwickelung der Neuropathologie musste hier durch manche Umarbeitung Rechnung getragen werden. Von einigen Umstellungen und von der Aufnahme der früher im ersten Bande enthaltenen Basedow'schen Krankheit abgesehen, ist die Eintheilung des Stoffes unverändert geblieben. Als Neuerungen seien angeführt grössere Capitel über die verschiedenen Formen der Myoklonie, über die traumatischen Neurosen und die Sklerodermie, sowie einige kurze Abschnitte über das Mal perforant, die neurale progressive Muskelatrophie, die halbseitige Gesichtshypertrophie, Cheiropompholix, Dermatitis herpetiformis, Dermatitis exfoliativa, Akanthosis nigricans, Erythrasma.

Im 4. Bande sind die Krankheiten des Blutes und des Stoffwechsels, sowie die Infectionskrankheiten enthalten. Entsprechend den eifrigen Forschungen unserer Zeit gerade auf diesen 3 Gebieten hat der Verfasser hier manche Ergänzungen eintreten lassen müssen, welche übrigens den Umfang des Bandes nur verhältnissmässig wenig vergrössern. Auch ist der Band um einige neue Illustrationen, so bei der Leukaemie und Pseudoleukaemie, bereichert worden. In Bezug auf die Auffassung der Chlorose glauben wir dem Verfasser widersprechen zu müssen. Graeber's Anschauung, dass das Wesen der Chlorose in einer stärkeren Abnahme des Haemoglobins als der Zahl der rothen Blutzellen bestehe, ist bisher keineswegs von irgend einer Seite mit zwingenden Gründen widerlegt worden. Sobald man, wie der Verfasser, zugibt, dass bei Chlorose gelegentlich eine gleichmässige Verminderung des Blutfarbstoffs und der Blutkörperchenzahl vorkomme — was wir niemals gesehen haben —, hört jede Möglichkeit der Abgrenzung zwischen Anaemie und Chlorose auf. Auf die mancherlei neuen Zuthaten des Bandes, an denen sich nichts ausstellen lässt, einzugehen, verbietet uns der Raum. Erwähnt sei nur noch, dass die Tuberculinbehandlung der Tuberculose nur noch historisch kurz erwähnt wird. Die Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum hätte wohl etwas eingehender erörtert werden dürfen. In den 13 Zeilen, welche ihr gewidmet werden, nimmt der Verfasser eine bemerkenswerthe reservirte Haltung ein. «Wenn auch noch immer trotz seiner Anwendung Todesfälle durch Diphtherie häufig genug vorkommen, so scheint es doch wesentlich die Sterblichkeit herabgesetzt zu haben».

Im Ganzen gewährt die Durchsicht der 3 Bände dieselbe hohe Befriedigung, wie diejenige des 1. Bandes, und wir sind überzeugt, dass die neue Auflage hinter ihren 4 Vorgängern im Erfolge nicht zurückbleiben werde. Stintzing-Jena.

S. Rabow und **L. Bourget: Handbuch der Arzneimittellehre.** Mit 1 Tafel und 20 Textfiguren. Berlin. Julius Springer 1897. 862 Seiten. Preis 15 M.

Hand- und Lehrbücher der Arzneimittellehre besitzen wir gegenwärtig in nicht geringer Anzahl. Sie sind je nach Umfang in ausführlicherer oder compendiöser Weise, je nach ihrer Tendenz mehr vom Standpunkt der Pharmakodynamik oder von dem

der Pharmakotherapie aus bestrebt, den Studirenden in das schwierige Gebiet der Arzneimittellehre einzuführen, den Arzt auf der Höhe des augenblicklichen Standes der Disciplin zu erhalten. Man darf wohl sagen, dass das gesteckte Ziel von der grössten Mehrzahl der gebräuchlichen Werke in einer Weise erreicht worden ist, dass wir auf dieselben stolz sein können. Wenn ein neues Buch mit den so bewährten älteren in Wettbewerb treten will, so muss es Vorzüge aufweisen können. Dieselben besitzt das vorliegende Werk mehrere und nicht unwesentliche. Vor Allem trägt es der Darstellung der 3 Hauptheile der Arzneimittellehre, Pharmakognosie, Pharmakodynamik und Pharmakotherapie ziemlich gleichmässig Rechnung. Insbesondere wird vielen Lesern sehr angenehm sein, dass das Aussehen, die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Arzneimittel mehr berücksichtigt sind, als es gewöhnlich geschieht. Sehr zweckmässig ist die Beigabe vieler guter (zum Theil colorirter) Abbildungen wichtiger Arzneipflanzen. Beachtenswerth ist auch der Umstand, dass das Buch, welches an der Grenze deutschen und französischen Sprachgebiets entstanden ist, ein Bild von den in beiden grossen Ländern üblichen arzneilichen Behandlungsmethoden zu geben im Stande ist. Der wesentlichste Vorzug ist aber die Reichhaltigkeit des Inhalts. Mit einer allgemeinen Arzneiverordnungslehre beginnend, führen uns die Verfasser an der Hand der physiologischen und therapeutischen Eintheilung in die specielle Arzneimittellehre ein, in der alle gebräuchlichen Medicamente, einschliesslich der Organ-, Bacterien- und Serum-Präparate, eingehend besprochen werden. Dann folgt eine alphabetische Darstellung der officinellen Mittel mit kurzer Recapitulation der Wirkung und besonderer Berücksichtigung der Anwendungsweise. Daran schliesst sich eine recht vollständige Zusammenstellung der älteren sowie der allerneuesten Medicamente, welche uns gerade in letzterer Hinsicht eine genügende Orientirung bietet. Auch der Balneo- und Klimato-Therapie ist ein Abschnitt gewidmet. Tabellen geben Uebersichten über die Maximaldosen nach den verschiedenen Pharmakopöen, die Einzeldosen bei Kindern, die Löslichkeit, den Befund bei Vergiftungen. So bietet das Werk eigentlich mehr, als es auf dem Titel verspricht. Wenn auch die Anordnung des Stoffs manche Wiederholungen nöthig macht, so ist das für ein so vollständiges Nachschlagebuch kein Fehler. Mit Hilfe eines guten Sach- und therapeutischen Registers wird sich der praktische Arzt in der Fülle thatsächlichen Materials ausgezeichnet zurecht finden. Den Aerzten sei desshalb das vortrefflich ausgestattete Buch auf das Wärmste empfohlen. Penzoldt.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1897. No. 33.

R. T. Williamson-Manchester: **Eine leichte Methode, das Blut eines Diabetikers von dem Blute eines Nichtdiabetikers zu unterscheiden.**

Die Methode beruht darauf, dass das diabetische Blut viel kräftiger als das nicht diabetische warme alkalische Methylenblaulösung entfärbt. Man giesst in ein kleines Reagenzrohr 40 cmm Wasser, gewinnt durch Nadelstich einen Tropfen Blut aus der Fingerkuppe des Diabetikers und nimmt vermittels des Capillarröhrchens des Gowers'schen Blutkörperchen-Zählapparates 20 cmm von dem Blute und fügt es dem Wasser in dem Reagenzröhrchen zu, zu dem nun 1 ccm einer wässrigen Methylenblaulösung (1 : 6000) und 40 cmm 6proc. Kalilauge vom specifischen Gewicht 1058 hinzu gegeben werden. Eine zweite Probe wird mit nichtdiabetischem Blute ebenso behandelt. Beide Röhrchen stellt man in ein kochendes Wasserbad und lässt sie 3—4 Minuten, ohne sie zu schütteln, stehen. Die Flüssigkeit in dem das diabetische Blut enthaltenden Reagenzrohr entfärbt sich bei der Hitze und wird gelb, während die Controlprobe sich nicht entfärbt.

Untersucht wurden 11 Diabetiker und 100 Nichtdiabetiker. Die Methode ist empfindlich und sicher. W. Zinn-Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 45. Band, 1. und 2. Heft. (Schluss.)

7) Floderus: **Klinische Beiträge zur Kenntniss des Zusammenhanges zwischen Prostata und Testis.** (Chirurg. Klinik Upsala.)

Verfasser hat bei einer Anzahl von Patienten, bei denen wegen Erkrankung der Testes ein- oder doppelseitige Testisexstirpation vorgenommen wurde, Untersuchungen der Prostata durch Rectalpalpation angestellt, ferner bei 4 Patienten, bei welchen hochgradige, pathologische Veränderungen in dem einen Testis vorgelegen haben.

Doppelseitige «Testektomie» — diese Bezeichnung möchte Verfasser einführen — bewirkt, wenn sie in der Jugend vorgenommen ist, stets Aplasie der Prostata. Bei Erwachsenen bewirkt die Operation in der Regel eine Einschrumpfung der vor der Operation nicht pathologisch veränderten Prostata. Die Einwirkung der Operation auf die Prostata im Falle beginnender oder voll entwickelter Prostatahypertrophie ist weniger regelmässig und bisweilen nicht nachweisbar. Tuberculöse Processe in der Prostata oder chronische Prostatitis können durch die Operation zum Stillstand oder zur Heilung gebracht werden.

Einseitige Testektomie bewirkt in der Regel Einschrumpfung des gleichseitigen Lobus an der nicht pathologisch veränderten Prostata. Das Auftreten von Prostatahypertrophie kann die Operation nicht hindern. Gegen die bereits hypertrophirte Prostata wirkt die Operation langsam und nicht constant und nur an dem gleichseitigen Prostatalappen.

Krankheitsprocesse in dem einen Hoden haben keinen bestimmten Einfluss auf die Grössenverhältnisse der hypertrophirten Prostata. (Dass den Grössenbestimmungen der Prostata durch Rectalpalpation nur ein bedingter Werth zuzuschreiben, ist selbstverständlich. Ref.)

8) Mathes: **Zur Casuistik der Ureterenimplantation in den Darm.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

v. Eiselsberg hat bei angeborener Blasenspalte 2 mal die Implantation der Ureteren in den Darm nach Maydl in der Weise vorgenommen, dass er die Ureteren mitsammt einem Stück Blasenschleimhaut excidirte und in die Flexur einnähte. Beide Male trat vollkommene Heilung ein. Der erste (31 jährige) Patient konnte den Urin im Rectum 7 Stunden halten, bei dem zweiten, einem 8 jährigen Knaben, erfolgten in 24 Stunden 5—6 Entleerungen. Der erste Patient konnte über ein Jahr lang beobachtet werden.

Aus der Literatur hat Verfasser 14 nach der Maydl'schen Methode operirte Fälle zusammengestellt (die seinen eingeschlossen); von denselben sind nur 2 gestorben.

9) Föderl: **Enchondrom der Halswirbelsäule.** (Gussenbauer's Klinik Wien.)

Der von dem 7. Halswirbel ausgegangene Tumor hatte erhebliche Verdrängungen an den Halsorganen bewirkt und neben bedeutender Kurzathmigkeit auch Schluckbeschwerden hervorgerufen. Die Tracheotomie brachte Anfangs Erleichterung; nach 2 Tagen trat jedoch von Neuem Athemnoth und damit der Exitus letalis ein.

10) Wolff: **Beiträge zur Resection der tuberculösen Gelenke.** (Kölner Bürgerhospital.)

Die ersten 22 Seiten dieser Arbeit sind der ziemlich wortgetreue Abdruck einer Abhandlung, die Bardenheuer und Wolff in der Festschrift für Bruno Schmidt haben erscheinen lassen. Das Referat s. d. W. 1896, S. 505.

Die Resection des tuberculösen Ellbogengelenks nimmt Bardenheuer dann vor, wenn unter conservativer Behandlung nicht bald Besserung eintritt oder wenn Fisteln oder Abscesse da sind. Die Hauptpunkte des B.'schen Verfahrens sind: Gründliche Entfernung alles Kranken bis in's Gesunde von grossem Hautschnitt aus; inniger Flächencontact der Resectionsenden, Einfügung der zugespitzten Ulna in den keilförmig ausgesägten Humerus, Nagelung der Resectionsenden, Resection des oberen Radiusendes, um Verwachsungen zwischen Radius und Ulna oder Radius und Humerus zu verhüten.

Von 17 so operirten Fällen sind 13 per primam ohne Fistel geheilt, 6 mal mit Ankylose, 7 mal mit activ beug- und streckbarem Gelenk. Bei einem Patienten trat Eiterung ein, einer bekam ein Erysipel und starb, einer musste nachträglich amputirt werden und einer verliess zu früh das Krankenhaus.

Die Handgelenkstuberculose bietet der conservativen Behandlung, zumal bei Kindern, günstigere Verhältnisse. Bei erfolgloser conservativer Behandlung soll mit der Resection nicht zu lange gewartet werden; auch in den allerschwersten Fällen von Caries soll dieselbe immer noch versucht werden.

Die Hauptpunkte bei der Resection sind: Ausgiebige Freilegung mit dorso-radialem Längsschnitt oder mit Querschnitt, bei erkrankten Sehnen Excision derselben mit nachheriger Vernähung; gehörige Entfernung alles Kranken ohne Rücksicht auf den Knochendefect; keilförmige Gestaltung der Resectionsflächen, Einschiebung des positiven Metacarpuskeiles in den negativen Vorderarmkeil; Vernagelung der Knochenwundflächen.

Von 7 Operirten sind 5 ohne Fistel geheilt. Bezüglich des functionellen Resultates kann noch nichts Bestimmtes gesagt werden, da die verflossene Zeit noch zu kurz ist.

11) Franz: **Zur Casuistik der subcutanen Nierenverletzungen.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

1. Renale Haematurie durch Muskelzug. Es bestand Verdacht auf Tuberculose der Niere.

2. Subcutane Nierenverletzung. Die Haematurie stellte sich erst am 3. Tage ein, und an dieselbe schloss sich noch eine traumatische Nephritis mit hyalinen Cylindern im Harn. Krecke.

Centralblatt für Gynäkologie. 1897, No. 33.

1) Fritsch-Bonn: **Ueber Retroflexionsbehandlung.** (Nach einer Discussionsbemerkung beim Gynäkologencongress in Leipzig; cf. diese Wochenschr. No. 24, S. 660.)

F. präcisirt seinen Standpunkt in der Behandlung der Gebärmutterverlagerungen unter dem hauptsächlichen Gesichtspunkte, volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Helfen Interna nicht mehr (Regelung des Stuhlganges etc.), ist auf andere schonende Weise Besserung

nicht zu erzielen, so muss operirt werden. F. befürwortet die Ventrofixation, mit dem Rathe, nur das Bauchfell mit der Uteruskuppe zu vernähen, wodurch Schmerzen nach der Operation fortfallen. Er «lässt eine pfennigstückgrosse Scheibe des Uterusfundus frei; sie wird mit Parietalperitoneum so umsäumt, dass sie extraperitoneal liegt. Diese Partie ragt in die Wunde hinein und die hier entstehende Narbe ist fest genug, ein zwar nachgiebiges, aber doch zweckentsprechendes Ligamentum medium suspensorium uteri zu bilden.» Mit dieser Methode concurrirt die Alexander-Adams'sche Operation, die, wenn sie immer Dauerresultate aufweist, am meisten empfehlenswerth ist.

2) v. Weiss: **Zur Frage der Placenta praevia centralis.**

Replik auf Keilmann's Arbeit: Eine Cervixplacenta, und dessen Kritik der v. W.'schen Deutung; cf. diese Wochenschr. No. 29, S. 815. Werner-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897. No. 34.

1) Czerny-Heidelberg: **Therapie der krebsigen Stricturen des Oesophagus, des Pylorus und des Rectum.**

Fortsetzung folgt.

2) R. Greeff-Berlin: **Ueber Pseudogliome der Retina.**

G. untersuchte eine Reihe von Bulbi, die wegen Glioma retinae enucleirt worden waren, anatomisch und überzeugte sich, dass in 19 Proc. eine Fehldiagnose stattgefunden hatte, indem es sich um andere Processe handelte. Letztere, welche Gliome durch den Augenspiegelbefund vortäuschen, nennt Verfasser Pseudogliome. Immer handelt es sich dabei um eine Netzhautablösung, meist liegt aber der primäre Herd in der Chorioidea, und ein Exsudat zwischen letzterer und der Retina. Der gelbe Reflex, der klinisch zu Stande kommt, stammt von der der hintern Netzhautfläche aufliegenden verfetteten, mit Cholestearinkrystallen gemischten Masse. In vielen Fällen von Glioma verum kann ophthalmoskopisch derselbe Befund wie bei Pseudogliomen vorliegen. Differentialdiagnostisch fehlen bei letzteren die neugebildeten Gefässe auf der Oberfläche der dem Tumor angehörigen Buckel; die Spannung des Auges ist bei Pseudogliomen meist herabgesetzt.

3) E. Holländer-Berlin: **Ueber den diagnostischen Werth des Uretheren-Katheterismus für die Nierenchirurgie.**

Gegenüber den Thesen, welche Casper über den Nutzen des Uretheren-Katheterismus aufgestellt hat, erhebt Verfasser eine Reihe von Einwänden. Schon in ca. 50 Proc. der Fälle wird bei gesundem Urether durch Einführung des Instruments Blutung hervorgerufen; auch Verletzungen werden bewirkt, an denen sich tuberculöse Geschwüre etabliren können. Für die Feststellung, in welcher von beiden Nieren ein Stein sitzt, reicht die Methode häufig nicht aus; auch für die Frühdiagnose der Nierentuberculose leistet sie nicht viel. Die Behauptung Casper's, dass durch den Urether-Katheterismus leicht der Sitz einer Steineinklemmung diagnosticirt werden kann, wird vom Verfasser ebenfalls berichtigt.

4) L. van't Hoff-Rotterdam: **Ueber einen Fall von paroxysmaler Haemoglobinurie.**

Die Erkrankung betraf ein 10jähriges Mädchen, das anfallsweise, fast nur im Winter, selten im Sommer, blutfarbstoffhaltigen Harn entleert. Vorher wird die Kranke blass, schläfrig und in der Regel von einem juckenden Hautausschlag befallen. Die Hb-Ausscheidung dauert nur ½ Tag. Rothe Blutkörperchen sind in dem Harne nicht enthalten, aber einzelne blasse Cylinder. Aetiologisch ist nichts nachzuweisen, im Besondern keine hereditäre Luës.

5) H. Stabel-Berlin: **Versuche mit Jodothyrin und Thyraden an thyreoidectomirten Hunden.**

Schluss folgt. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 35.

1) H. Kümmell: **Die ideale extraperitoneale Operation der Gallensteine.** (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg.) (Fortsetzung folgt.)

2) A. Lorenz-Wien: **Ueber das Brisement des Buckels nach Calot.**

Die Behandlung des Gibbus nach Calot, hat zwar bisher vorwiegend günstige Erfolge aufzuweisen. Trotzdem ist noch vor einer zu optimistischen Auffassung zu warnen. Ganz abgesehen davon, dass gelegentlich einmal adhaerente Meningen zerreissen, prävertebrale Abscesse platzen und dadurch zu einer Verbreitung des tuberculösen Processes führen können, sind die Aussichten, dass die durch das Calot'sche Brisement geschaffene Lücke zwischen den Wirbeln, welche nach Menard 6—8 cm betragen kann, durch neugebildeten Knochen ausgefüllt werde, ziemlich gering; denn die Grösse, die ein Gibbus erreicht, ist hauptsächlich von der Grösse des Krankheitsherdes abhängig und für die Entstehung des Gibbus wirken ausser dem Körpergewicht noch besonders Muskelspasmen mit, deren Wirkung auch bei Fixirung des Rumpfes in dem Calot-schen Gypspanzer nicht vollständig aufgehoben werden kann. Die Mittheilungen Calot's von rascheren und dauernden Heilungen sind als verfrüht zu bezeichnen, da noch zu kurze Zeit seit Ausführung der ersten Operationen verflossen ist. Dass das Calot'sche Verfahren auch seine Schattenseiten hat, hat Verfasser an einem eigenen Fall erfahren, bei welchem eine leichte Parese beider Beine in Folge einer Spondylitis dorsalis superior, durch das Brisement in eine totale Paraplegie mit 14 Tage dauernden schweren Blasen- und Mastdarmstörungen und Sensibilitätsstörungen überging, während der Gibbus, auf dessen Höhe ein tiefer Decubitus entstanden war, wiederkehrte.

3) S. Watjoff: **Ueber den Fettgehalt des Blutes bei Nierenkrankheiten.** (Aus der Gerhardt'schen Klinik in Berlin.)

Der Fettgehalt des Blutes wurde folgendermaassen bestimmt: Das auf Deckgläschen ausgestrichene Blut wurde mit 5 proc. Osmiumsäure gefärbt und die Zahl der in 15 Gesichtsfeldern vorhandenen Fetttröpfchen, welche alle von nahezu gleicher Grösse waren, festgestellt. Es wurde das Blut von 6 Gesunden und 30 Kranken untersucht; dabei fand sich, dass die Zahl der Fetttropfen bei den Kranken durchschnittlich 2 mal so gross, wie bei den Gesunden war. Der Einfluss der Mahlzeit, welche hauptsächlich aus Milch und Butter bestand, zeigte sich darin, dass 1—2 Stunden nach der Mahlzeit mehr als 2 mal so viel Fett gefunden wurde, als bei Gesunden. Den grössten Fettgehalt hatte das Blut einer Frau, die an Polysarcie und Diabetes litt; von den Nierenkranken hatten diejenigen mit chronischer Nephritis ohne Complicationen am meisten Fett im Blut; weniger als diese hatten die Nephritiker mit Complicationen von Seiten der Circulationsorgane, am wenigsten die Nephritiker mit Störungen seitens des Respirationsapparates. Was die beobachtete Vermehrung des Fettgehaltes im Blute überhaupt anlangt, so liegt dieselbe noch innerhalb der physiologischen Breite.

4) H. Loeventhal: **Serodiagnose der Febris recurrens während der Apyrexie.** (Aus der Recurrensabtheilung des Catharinenspitals in Moskau.)

Verfasser untersuchte das Blut von 39 Patienten, welche auf Grund des klinischen Bildes in die Recurrensabtheilung gebracht worden waren und fand 30 mal eine positive Reaction. Die 9 Fälle, bei welchen die Reaction negativ ausfiel, erwiesen sich als Febris typhoidea, Pneumonie, Influenza oder Malaria. Bei 14 Patienten, die ebenfalls an anderen Krankheiten als Recurrens litten, fiel die Reaction auch negativ aus. Die Serumreaction, welche in der Weise ausgeführt wird, dass gleiche Mengen (1 Tropfen) von dem zu untersuchenden Blute und von Blut, welches Recurrensspirillen enthält, vermengt werden, in den Thermostaten bei 37° gebracht und in halbstündigen Intervallen untersucht werden, bis spätestens nach 2½ Stunden die Bewegungen der Spirillen Verlangsamung zeigen, hat den Vortheil, dass im Stadium der Apyrexie und nach abortiven und ganz leichten Anfällen die Diagnose auf Recurrens gestellt werden kann, so dass dann Behandlung mit Antispirillenserum eingeleitet, oder die sonst nothwendige 14tägige Beobachtungsdauer abgekürzt werden kann. Lindemann-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 33.

1) J. Levy-Wien: **Ein Beitrag zur Immunisirung mit Typhus-Bacillen und Typhus-Immunität.**

Betreff der Methode der Agglutinationsprüfung bevorzugt Verfasser die Untersuchung im hängenden Tropfen wegen der Feinheit der Reaction und der Schnelligkeit des Eintritts, auch wegen der geringen nothwendigen Serummengen. (Eine Abbildung der hiezu vom Verfasser angegebenen Mischpipette ist beigefügt). Bei positivem Ausfall vollzieht sich die Reaction meist in der 1. Stunde. Die Versuche der Verfassers weisen nach, dass die hohe active Immunität eines Individuums gegen Typhus in keinem Verhältniss zu der passiven Schutzkraft seines Serums steht. Genaueres cfr. im Original.

2) N. Ortner-Wien: **Recurrenslähmung bei Mitralstenose.**

Aus dem klinischen Verlaufe und dem Sectionsergebniss zweier Fälle geht hervor, dass bei manchen Mitral-Stenosen eine so mächtige Dilatation des linken Vorhofes zu Stande kommt, dass durch letzteren der N. recurrens sin. an den Aortenbogen angedrückt, comprimirt, zur Degeneration seiner Fasern gebracht, und hiedurch das linksseitige Stimmband gelähmt wird.

3) M. Freudweiler-Leipzig: **Ein Fall multipler Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfes.**

Die am harten Gaumen sitzenden Papillome waren gestielte, durch die Zunge flach gedrückte kleine Tumoren, mikroskopisch Condylomen ähnlich; sie konnten mit dem Finger entfernt werden. Jene im Kehlkopf stellten kleine zwischen den reactionslosen Stimmbändern liegende Wärzchen vor. Die Kranke, ein 5jähriges Mädchen, war seit 1 Jahre heiser.

Dr. Grassmann-München.

Italienische Literatur.

Stoppato: **Contributo allo studio dell'organoterapie in pediatria.** Beitrag zum Studium der Organtherapie in der Kinderheilkunde. (Il Policlinico 1897, No. 8.)

In der Kinderklinik zu Padua unter Cervesato's Leitung wurden Versuche mit der Organtherapie gemacht, deren Resultate S. mittheilt.

Die Abhandlung beschäftigt sich zunächst mit der Geschichte und dem heutigen Stande der Lehre von der Organtherapie. Sie verhehlt nicht, dass die grösste Skepsis hier am Platze ist: nur da, wo es sich um den Ersatz des Princips einer inneren Drüsensecretion handelt, ist eine Wirkung dieser Therapie aussichtverheissend und auch hier ist dieselbe experimentell begründet nur bei der Schilddrüsenbehandlung. Ausser dieser kam nur frische Thymusdrüse in der Dosis von 20—40 g pro Tag zur Anwendung, frisches Pankreas und frisches, rohes Knochenmark.

Vier Fälle von Atrophia infantilis machten bemerkenswerthe Fortschritte bei Thymusbehandlung. Ob allein durch dieselbe, lassen die Autoren dahingestellt: jedenfalls war bemerkenswerth, wie gut im Verhältniss zu andern Mitteln der Pharmakopoe die Kinder dies Mittel vertrugen.

Vier Fälle von Rhachitis, ein Fall von Drüsentuberculose machten keine Fortschritte bei Thymusbehandlung; in einem Falle von Anaemie schien das Mittel günstig zu wirken.

Auch die kleinsten Kinder vertrugen die Cur sehr gut und lange fortgesetzt; in manchen Fällen wurde Vermehrung des Harnstoffs im Urin und der Leukocyten im Blute constatirt.

Rohes Knochenmark schien in einem Falle von Leukaemie günstig zu wirken, während bei Rhachitis diese Behandlung nicht die günstigen Resultate ergab, welche Combe rühmt; ab und zu führte das Glycerinextract zu gastrischen Störungen.

Schilddrüsenbehandlung erwies sich günstig in einem Falle von Myxoedem; aber, was bemerkenswerth war, es besserten sich bei Schilddrüsenbehandlung alle Fälle von Tetanie, welche derselben unterzogen wurden.

Von Pseudoleukaemie und Diabetes kam nur je ein Fall zur Behandlung. In ersterem blieb Thyreoidea, in letzterem Pankreas ohne Wirkung.

Nannoti: **Milzexstirpation bei Malaria-Milz-Vergrösserung.** (Il Policlinico, 1. Juni 1897.)

N. veröffentlicht 3 Milzexstirpationen mit einem Todesfall an Bronchopneumonie, die andern zwei mit schneller Genesung. Es handelte sich um Milztumoren von 3,4, 2,5 und 1,55 kg Gewicht.

«Bei allen Formen von beweglichem Malaria-Milz-Tumor», so schliesst der Autor seine Erörterung, «ist die Exstirpation indicirt. Die Splenopexie, wenn sie auch bei der einfachen Wandermilz indicirt sein mag, kann in den obigen Formen keine Anwendung finden.

Bei dem nicht beweglichen Malaria-Milz-Tumor kann die Exstirpation nur in den besonderen Fällen indicirt sein, bei welchen das Leiden mit Folgeerscheinungen verbunden ist, welche es nicht gestatten, langsam wirkende innere Curen abzuwarten.

Hochgradige Malaria-Kachexie, Leukaemie, sowie ausgedehnte Adhaesionen bilden eine Contraindication des chirurgischen Eingriffs».

Croce: **Contributo allo studio della sieroterapia nella tubercolosi polmonale.** Beitrag zum Studium der Serumtherapie bei der Lungenschwindsucht. (La Rif. med. 1897, No. 10 und 11.)

C. hat in seiner Privatpraxis neun schwere und bisher erfolglos behandelte tuberculöse Kranke der Cur mit Maragliano'schem Heilserum unterworfen. Er will drei Fälle geheilt, wenigstens temporär symptomfrei gemacht haben und kommt zu folgenden Schlüssen:

a) Das Serum ist unschädlich, b) es hat eine temperaturerniedrigende Wirkung, c) vermindert den Auswurf, d) vermindert die Zahl der Bacillen und e) erhöht das Körpergewicht.

Guidotti: **Das Maragliano'sche Heilserum bei tuberculöser Peritonitis.** (La Rif. med. 1897, No. 93.)

Eine 24jährige Frau ohne erbliche Belastung erkrankte an tuberculöser Peritonitis. Im Mai 1896 wurde sie laparotomirt. Die Operation bestätigte die Diagnose, indessen verschlimmerte sich die Krankheit nach derselben zusehends.

Am 14. August wurde zur Seruminjection als ultimum refugium geschritten, ohne dass G. etwas zu hoffen wagte. Nach 32 Injectionen innerhalb 70 Tagen à 1 ccm schien die Kranke geheilt. Das Aussehen war gut, das Gewicht war von 36,5 auf 42,5 gestiegen, alle Beschwerden verschwunden. Schon nach der 11. Einspritzung hörten die Schweisse auf, nach der 20. das Fieber.

D'Anna: **Bacteriologische Studien über Peritonealflüssigkeiten.** (Il Policlinico, 1. Juni 1897.)

Auf Grund obiger, in der Durant'schen Klinik ausgeführten Untersuchungen, welche sich nur auf die Peritonealflüssigkeit bei Entfernung grosser, intraabdomineller Tumoren bezogen, ist der Autor geneigt, unerwartete ungünstige Ausgänge durch Peritonitiden, Eiterungen, auch Fälle von spätem Shok dem Bacillus coli zur Last zu legen. Derselbe könne durch die Darmwand hindurchgetreten, schon bei der Operation im Peritonealsack sich befinden. Die Faecalstase bei grossen Tumoren, auch die postoperative, begünstige in anderen Fällen seinen Durchtritt durch die Darmwand. Die Laparotomie, die damit verbundene Schwächung des Körpers, Blutcoagula und Gewebsdetritus im Abdomen u. s. w. befördern die Virulenz dieses unter gewöhnlichen Umständen ungefährlichen Mikroben. (Schluss folgt.) Hager-Magdeburg N.

Amerikanische Literatur. (Schluss.)

6) Whyatt Johnston: **The Serum Reaction as a Test for Typhoid Infection in Water.** (New-York med. Journ 5. Juny 1897.)

Johnston machte den Versuch, die Widal'sche Serumreaction zur Untersuchung von Wasser, Milch etc. auf Typhusbacillen anzuwenden und zwar mit Erfolg. Die zu untersuchende Flüssigkeit wird durch Porcellanfilter concentrirt, die Cultur sterilisirt, wodurch zwar die Wirkung derselben etwas abgeschwächt wird, dagegen können grössere Dosen injicirt werden und wird die Gefahr einer septischen Infection und des gleichzeitigen Auftretens anderer Mikroorganismen vermieden. J. fand, dass Kaninchen die Reaction früher zeigen als Meerschweinchen, und da sie weniger empfänglich für septische Infection sind, den Versuch sehr gut überleben.

7) William Bodenhamer: **Atony of the Rectum and the Anal Sphincters.** (New-York med. Journ. 19. Juny 1897.)

In aetiologischer Beziehung kommt für die Entstehung der so häufigen und gewöhnlich als chronische Obstipation routinemässig behandelten Atonie des Rectums neben der besonders bei Frauen sehr gewöhnlichen Vernachlässigung der regelmässigen Darmfunction für einzelne Fälle abnorm langer Druck des kindlichen Kopfes während des Geburtsactes, oder von Seite eines Uterustumors in Betracht, ferner häufige Ausdehnung durch Gase, wie sie nach übermässigem Genuss von kohlensäurehaltigen Flüssigkeiten etc. auftritt. Auch die häufige Anwendung warmer Einläufe bewirkt eine Atonie des Rectums. Die Behandlung dieser atonischen Zustände, deren Symptome als bekannt vorausgesetzt werden müssen, besteht am besten in localer Anwendung von adstringirenden Mitteln, nachdem eine Evacuirung der verstopfenden Kothmassen vorausgegangen. Die Anwendung von Drasticis ist direct contraindicirt, da sie nur die Zustände verschlimmern würden. Unter den zum innerlichen Gebrauch empfohlenen Mitteln steht die Nux vomica obenan (Extract aloës 2,0, Extr. nuc. vom. 1,5, Extr. hyoscyam. 1,0, Sulf. ferri 0,5, Ol. caryophyll. gtt. V. m. f. Pill No. XXX. D. S. tgl. Abends 1 Pille). Für die Injectionen ist folgende Vorschrift zu empfehlen: Extr. Ratanhiae 7,5, Spir. vin. rect. 20,0, Ag. dest. 15,0 D. S. zu einer Einspülung. Bei Kindern, bei welchen dieser Zustand ebenfalls sehr häufig angetroffen wird, der vierte Theil. Die Anwendung der Elektricität unterstützt die Wiederherstellung der Contractilität des Darmes.

8) Abbe: **New Incision for Nephrectomy.** (Annals of Surgery, Juni 1897.)

A. hatte in der New-York Surgical Society einen nach einer neuen Methode operirten Fall von Hydronephrose vorgestellt. Die Incision erfolgte von einem 2—3 cm einwärts von der Spina ilei anterior superior gelegenen Punkte nach aussen und oben in der Länge von ca. 12 cm parallel mit den Fasern des Obliquus externus. Nach Durchtrennung der Bauchmuskeln nach der Mc. Burney'schen Methode, jeder Muskel einzeln entsprechend seiner Faserrichtung, liegt das Peritoneum frei und kann mit Leichtigkeit von der Nierenvorderfläche abgestreift werden. Durch Anwendung von Wundhaken lässt sich die ganze Basis der Niere übersehen und der Ureter in seinem Verlauf bis zum Beckenrande verfolgen. Weitere Vortheile der Methode sind: fast blutleere Operation und Vermeidung späterer Hernienbildung.

9) Whitman: **Fracture of the Neck of the Femur in Childhood.** (Annals of Surgery, Juni 1897.)

W. beschreibt 10 Fälle von Bruch des Schenkelhalses bei Kindern von $2^1/_2$ bis 8 Jahren und betont, dass diese Form häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt. Sehr oft wird sie mit einer Hüftgelenksaffection verwechselt, da die Diagnose nicht sehr leicht ist. In allen Fällen liess sich eine Verschiebung des Trochanters nach oben constatiren, was zum Unterschied von der Epiphysenlösung des Schenkelkopfes, die ja bei Kindern nach Trauma ebenso oft beobachtet wird, dient. Die Symptome sind manchmal sehr gering und tritt in der Regel sehr bald eine Vereinigung der Bruchenden ein.

10) G. Dock: **Cancer of the Stomach in early Life.** (The american Journ. of med. Sciences, Juni 1897.)

Im Anschluss an einen genauen Bericht über einen Fall von Magenkrebs bei einem nicht hereditär belasteten 20jährigen Manne bestätigt D. das von Rieder zuerst constatirte Vorkommen zahlreicher in indirecter Kerntheilung begriffener Zellen in den Exsudaten der Pleura- und Peritonealhöhle. Solche Mitosis zeigende Zellen finden sich zwar auch bei gewöhnlicher oder tuberculöser Entzündung, aber lange nicht in der Menge, ebenso kommen viele atypische Formen vor. Der Unterschied liegt in der Quantität, nicht in der Qualität und ist diese Untersuchungsmethode ein wichtiges Hilfsmittel zur Differentialdiagnose zwischen Krebs und Tuberculose der serösen Häute. Eine Tafel zeigt die verschiedenen typischen und atypischen Formen. Der Nachweis eines Parasiten, wie er von Schandinn beschrieben wurde, gelang in keinem Falle.

11) Newton M. Shaffer: **Flat-foot: its Causes and Treatment.** (New-York Med. Journal, 29. May 1897.)

Die Entstehung des Plattfusses wird in dieser physikalisch-anatomischen Studie auf eine durch Zugwirkung des verkürzten Gastrocnemius, bezw. der Extensoren bedingte Verstellung der Fusswurzelknochen zurückgeführt. Der Astragalus ist nach unten und vorn, das Fersenbein nach rückwärts und oben verschoben. In diesem Sinne hat auch die Therapie einzusetzen, und beschreibt Sh. seine orthopädische Methode der Behandlung, bestehend in eventueller Tenotomie der Achillessehne, in täglich wiederholter maschineller Regulirung des Fussgewölbes und Tragen eines passenden genauer beschriebenen Schuhes. Die Details des interessanten Aufsatzes müssen im Originale nachgesehen werden.

12) Valentine: **Irrigation in Gonorrhoea.** (New-York Med. Journal, 5 Juny 1897.)

V. empfiehlt die Irrigation der Urethra an Stelle der Einspritzungen. Er benützt hiezu einen verstellbaren Trichter und ein hiemit durch Gummischlauch verbundenes gläsernes Ansatzstück von verschiedener Grösse je nach der Weite der Urethralmündung. Die Spülung erfolgt in sitzender Stellung. Der Widerstand des Sphincter vesicae lässt sich durch erhöhten Druck der Injectionsflüssigkeit, tiefe Inspirationen, und den Versuch zu uriniren, leicht

überwinden. Zur Injection dienen übermangansaures Kali (1:6000 bis 1:1000), Sublimat (1:10000), Argent. nitricum (1:10000 bis 1:1000), Cupr. sulfur. (1:2000 bis 1:500) und Argonin 10 Proc., von welch' letzterem V. keine Vortheile gegenüber den anderen Mitteln sah. In einzelnen Fällen ist es nöthig, der Spülung eine Cocaïnisirung der Urethra vorausgehen zu lassen. Die ersten 3 bis 4 Tage wird täglich zweimal, später nur einmal irrigirt. Die Heilung der acuten Gonorrhoe soll in durchschnittlich 10 Tagen erfolgen.

13) William P. Carr: **Treatment of acute Salpingitis.** (American Journ. of Obstetrics. Juny 1897.)

Vor Allem wird eine sorgfältige systematische Behandlung der Frühstadien empfohlen mit absoluter Ruhe, entsprechender Pflege und roborirender Diät. Punction und Entleerung des Eiters durch die Vagina ist in einzelnen Fällen die einzig nöthige Operation, in allen Fällen aber soll sie als palliative oder vorbereitende Operation gemacht werden, der in einiger Zeit die Radicaloperation folgen kann. Eine Ausführung der letzteren während des Stadiums der allgemeinen septischen Infection und des Fiebers ist unnöthig und sollte nur dann gemacht werden, wenn Gefahr für das Leben besteht.

14) John B Shober: **A Case of Eclampsia successfully treated with large Doses of Veratrum viride.** (American Journal of Obstetrics, Juny 1897.)

Bei einer 27jährigen Primipara mit Eclampsie im 7. Monat sah Shober sehr guten Erfolg von grossen Dosen von Veratrum viride, alle 4 Stunden 20–40 Tropfen des Extractes, daneben Morphin und Cathartica. Die Patientin erhielt innerhalb zwei Wochen 830 Tropfen = 51,0 g Veratrumextractes. Die Wirkung auf den Puls war eine etwas verlangsamende und die Spannung herabsetzende. Die Urinmenge nahm täglich zu, der Eiweissgehalt dementsprechend ab. Im $7^1/_2$. Monat normale Entbindung.

F. Lacher-München.

Vereins- und Congressberichte.

XII. internationaler medicinischer Congress

in Moskau vom 19.—26. August 1897.

(Originalbericht.)

I.

Es ist eine oft gehörte Phrase, dass die grossen medicinischen Congresse sich überlebt hätten, dass die Welt «congressmüde» geworden sei. Jeder neue Congress jedoch straft diese Behauptung Lügen, die Anziehungskraft, welche die grossen internationalen Aerzteversammlungen ausüben, scheint eine stetig wachsende zu sein, und der soeben in Moskau stattfindende Congress wetteifert sogar, trotz der ausserordentlichen räumlichen Entlegenheit des Versammlungsortes, in Bezug auf die Theilnehmerzahl mit seinem, durch seine drangvoll fürchterliche Frequenz nicht in angenehmster Erinnerung stehenden Vorgänger in Rom. Man schätzt die Zahl der in Moskau erschienenen ärztlichen Gäste auf mehr als 7000, darunter die Hälfte Ausländer; von letzteren dürften etwa ein Drittel Deutsche sein.

Fragt man nach den Ursachen dieser wachsenden Popularität solcher Veranstaltungen, so liegen dieselben sicher nicht in erster Linie in deren wissenschaftlicher Bedeutung, die beim besten Willen nicht allzu hoch veranschlagt werden kann. Viel mehr dürfte in Betracht kommen der Wunsch, persönliche Bekanntschaften und Beziehungen mit anderen, gleiche Ziele verfolgenden Fachgenossen anzuknüpfen und, gewiss bei sehr Vielen, die Lust, unter dem den Entschluss zu einer so grossen Reise erleichternden Vorwande eines wissenschaftlichen Zweckes neue Länder und Völker kennen zu lernen.

Der allgemeinen Reiselust, in welcher wir einen Hauptfactor des numerischen Erfolges unserer Congresse erblicken, wurde nun im vorliegenden Falle ganz besonders Vorschub geleistet durch die den Congressmitgliedern von der russischen Regierung in grossartiger Liberalität gewährte Vergünstigung freier Fahrt nach und von Moskau. Von dieser Vergünstigung ist der ausgedehnteste Gebrauch gemacht worden und sie veranlasste Viele ihr Reiseziel bis an die entlegensten Grenzstationen des russischen Reiches auszudehnen. Die Gewährung freier Fahrt ist jedoch nur ein Theil der dem Congresse von allen Seiten entgegengebrachten Gastfreundschaft. In der That, die bekannte und vielgerühmte russische Gastfreundschaft auch unsererseits zu preisen, scheint uns eine der ersten Pflichten, wenn wir von den Eindrücken dieses Congresses berichten wollen. Auf einem weiten Umwege, von der Südküste der Krim aus, und unter vielen Stationen ist auch der Schreiber dieser Zeilen nach Moskau gekommen. Wo immer man aber als Arzt und Congressbesucher von Collegen erkannt wurde, da begegnete man einer so freundschaftlichen Aufnahme, einer solch weitgehenden, durch ihre Herzlichkeit jeden Widerspruch ausschliessenden Gastfreundschaft, wie man sie bei uns vergeblich suchen würde, wie sie aber von den der Landessprache unkundigen Fremden doppelt wohlthätig empfunden wurde. Dieselbe angenehme Erfahrung wurde uns von vielen anderen Collegen mitgetheilt. Wir rufen unseren neu gewonnenen Freunden in Jalta, in Feodosia, besonders in Moskau und an anderen Orten auch von dieser Stelle aus einen herzlichen Gruss, den russischen Collegen im Allgemeinen aber für die ihren Gästen bewiesene Liebenswürdigkeit freundlichen Dank zu!

Der Moskauer Congress ist in jeder Beziehung gelungen und erfolgreich gewesen, besonders aber nach aussen, in Bezug auf seine Organisation. Die Ordnung und Ruhe, die überall herrschte, fiel besonders wohlthuend auf, wenn man sich der Confusion, des permanenten Geraufes erinnerte, das vor 3 Jahren bei der gleichen Gelegenheit in der ewigen Stadt an der Tagesordnung war. Sogar die öffentlichen Bewirthungen, die — eine weitere Bethätigung der soeben hervorgehobenen Gastfreundschaft — dem Congress täglich in splendidester Weise dargeboten wurden, vollzogen sich ruhig und anständig, ohne die bei früheren Gelegenheiten von uns so oft beklagten Excesse. Die umsichtige Vorbereitung einer Veranstaltung, bei der dem Zusammenfluss einer so grossen Menschenmenge entgegengesehen wird, erfordert ein bedeutendes organisatorisches Talent. Ein solches stand dem XII. internationalen medicinischen Congresse in Moskau zur Verfügung in der Person seines ursprünglichen Generalsecretärs, Prof. Erisman, der während der beiden letzten Jahre seiner Thätigkeit in Russland unermüdlich für die Vorbereitung des Congresses arbeitete. Dieselbe war in den wesentlichsten Theilen beendet, als Erismann das Land, dem er lange Jahre hindurch die segensreichsten Dienste geleistet hatte, mit schnödem Undank belohnt verlassen musste. In wie hervorragender Weise Erismann die öffentliche Gesundheitspflege in Russland, z. B. durch die geniale Organisation des landschaftsärztlichen Dienstes, gefördert hat, wird später noch ausführlicher geschildert werden. Hier sollte nur sein Verdienst um das Gelingen des Congresses, wie sich's gebührt, an erster Stelle, dankbar betont werden.

Was die geordnete und würdige Durchführung des Congresses wesentlich erleichterte, war die grosse Zahl der zur Verfügung stehenden geräumigen Localitäten. So diente für die verschiedenen Bureaus, sowie als allgemeiner Treffpunkt für die Mitglieder, die Stadtmanège, ein im Winter als Exercierhaus für die Moskauer Garnison benütztes Gebäude, das einen einzigen riesigen Raum von 150 m Länge und 45 m Breite enthält. Hier waren ausser den nöthigen Geschäftsräumen an den beiden Langseiten besondere Abtheilungen für jede einzelne Section errichtet, wo durch sprachkundige Einheimische vorläufige Auskünfte ertheilt wurden, an den beiden Schmalseiten befanden sich Restaurationen, in deren einer täglich um die Mittagszeit Buffets, mit allen Delicatessen Russlands schwer beladen, den Mitgliedern zur freien Verfügung standen, während in dem breiten Mittelgang den ganzen Tag über eine unabsehbare Menschenmenge auf und ab fluthete. Hier empfing man die verschiedenen zur Vertheilung kommenden Karten und Schriften, das Tageblatt, die Post, hier fand man in einem besonderen Lesesaal die Zeitungen aller Sprachen, hier war das allgemeine Stelldichein bei Verabredungen, wobei das gegenseitige sich Finden durch die besonderen Sectionsräume sehr erleichtert wurde. Das ganze eine überaus praktische, zur Nachahmung sehr zu empfehlende Einrichtung. In der Nähe der Manège befanden sich auch die Sitzungslocale für die meisten Sectionen, für welche ebenfalls zum Theil Räume von ausserordentlicher Schönheit, z. B. die herrlichen Festsäle im Adelsclub, überlassen waren.

Die allgemeinen Sitzungen fanden am Donnerstag, den 19., Sonntag, den 22. und Donnerstag, den 26. August im kaiserlichen grossen Theater statt. Obwohl mit Raum für 4000 Personen eines der grössten Europas, konnte dasselbe doch nicht die fast doppelt so grosse Zahl der Congressmitglieder fassen, wesshalb man zu dem Auskunftsmittel griff, die Mitglieder durch das Loos auf die verschiedenen Sitzungen zu vertheilen.

Die Eröffnungssitzung, die in dem festlich beleuchteten, durch seine Grössenverhältnisse, wie durch die Pracht seiner Aus-

stattung imponirenden Hause ein glänzendes Schauspiel darbot, vollzog sich in den üblichen Formen. Unter den zahlreichen, schliesslich bis zur Ermüdung sich fortsetzenden Ansprachen der auswärtigen Delegirten wurden einige der deutschen durch besonderen Beifall ausgezeichnet, u. a. die des preussischen Delegirten Dr. v. Coler und die des Vertreters der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Geheimraths v. Ziemssen. Den ersten Vortrag hielt Rudolf Virchow, nicht, wie das Programm besagte, über die Rolle der Gefässe bei der Entzündung, sondern über die Wandlungen der naturwissenschaftlichen Anschauungen im ablaufenden Jahrhundert. Weitere Vorträge hielten in den allgemeinen Sitzungen Lauder Brunton, Lannelongue, Krafft-Ebing, Senn, Metchnikoff u. A. Indem wir uns ein näheres Eingehen auf einzelne dieser Vortäge vorbehalten, wenden wir uns sofort den Sectionsverhandlungen zu.

Section für Chirurgie.

Ref. Dr. Holländer-Berlin.

Eröffnungssitzung: Freitag, den 20. August.

Nach Eröffnung der Sitzung durch Prof. Bobrow übernehmen den Vorsitz: Bottini, v. Bergmann, Braatz, Czerny. Schriftführer: Derujinsky, Rein.

Der erste Gegenstand der Tagesordnung betrifft die **Chirurgie der Lungen.** Ref. Dr. Tuffier-Paris.

Die Lunge war bisher nur in Ausnahmefällen Gegenstand chirurgischer Eingriffe; experimentelle Untersuchungen, die vollendete chirurgische Technik und die Toleranz der Lunge in Verbindung mit einer exacten Diagnose werden zur Verallgemeinerung der chirurgischen Eingriffe bei Erkrankungen der Lunge führen.

Die exacte Diagnose, den Sitz und die Ausdehnung der Erkrankung betreffend, liess bisher noch zu wünschen übrig. Zu den Resultaten der Auscultation und Percussion kommt in jüngster Zeit als wirksame Unterstützung die Radiographie hinzu. Die explorative Punction ist nicht ungefährlich und erst nach vollendeter Thoraxresection am Platze; auf 87 positive Punctionsresultate kommen 19 negative Resultate. Die Operation als solche fällt in zwei Abschnitte, die präliminäre Thorakotomie inclusive der Passage durch die Pleura und der eigentlichen Lungenoperation (Pneumotomie resp. Pneumectomie.

Die Thorakotomie soll ausgedehnt sein, damit man ein bequemes Operationsfeld hat. Gleichzeitig involvirt dies den Vortheil einer guten Drainage und der Möglichkeit, dass die Thoraxwand sich der Lunge anlegt. Ein wunder Punkt in der Diagnose ist die Bestimmung der Verklebung der Pleurablätter; es gibt dafür kein sicheres Zeichen; erst nach erfolgter Freilegung des parietalen Blattes gelingt es, durch das graue Aussehen und die mehr fibröse Beschaffenheit der Pleura die adhärenten Stellen zu erkennen. Dies ist von ungemeiner Wichtigkeit, weil die Adhäsionen den Weg zu dem Herd zeigen. Vorhandene Adhäsionen erleichtern natürlich die folgende Operation. Sind keine Verwachsungen der Pleurablätter vorhanden, so kann man ein- oder zweizeitig vorgehen. Entweder sofortige Naht beider Pleurablätter und Eindringen in die Lunge oder Veranlassung der Verwachsungen durch Jodoformgazetamponade oder Chlorzinkpaste. Tuffier verwirft das zweizeitige Vorgehen. Auf alle Fälle ist ein Pneumothorax möglichst zu vermeiden, die Mittel und Wege hierzu und zur Vermeidung der Infection der Pleurahöhle ist jedoch noch eine offene Frage.

Nachdem das Lungengewebe selbst vorliegt, räth Tuffier entschieden zur Freilegung des Herdes durch eine energische Incision durch das Lungenparenchym, welche von einer explorativen Fingeruntersuchung gefolgt ist. Bei septischen Zuständen folgt sodann die Drainage, im anderen Falle die Exstirpation des Herdes mit nachfolgender Naht.

Als Operationscomplicationen kommen in erster Linie der Pneumothorax und die Haemorrhagie in Betracht; für den ersten Fall räth Tuffier, die Lunge sofort vorzuziehen und anzunähen. Starke Blutungen sind selten (zweimal) und werden durch Tamponaden gestillt.

Operationsresultate: I. Bei aseptischen Operationen (Wunden und traumatischer Prolaps, Hernien, Neoplasmen, tuberculöse Knoten) 29. Geheilt 22, gestorben 7 = 24 Proc. — II. Echinococcus 61 Pneumotomien. 55 geheilt, gestorben 6 = 9,8 Proc. — III. Septische Operationen (tuberculöse Cavernen 36, Abscess 49, Bronchiectasien 45, Fremdkörper 11, Gangraen 74, Actinomycose 1), geheilt 140, gestorben 75 = 35 Proc.

Die Totalziffer der bisher operirten Lungenaffectionen beträgt 306. Geheilt 217, gestorben 88 = 29 Proc.

Die Betrachtung der einzelnen Gruppen ergibt folgende bemerkenswerthe Thatsachen:

Neoplasmen. Primäre Lungentumoren sind bisher noch nicht operirt worden. Die 7 operirten Fälle betreffen Pneumotomien, bei welchen Sarkome der Brustwand auf die Lunge übergegriffen (4 Heilungen unter 7 Fällen).

9 Lungenverletzungen wurden bisher operirt; nach Ausräumung des Haematothorax meist mit Umstechungsnaht der blutenden Lungenwunde. Hierzu kommen noch 7 Fälle von traumatischem Lungenprolaps. Man kann denselben bei früherer Asepsis zurückbringen oder noch besser reseciren mit nachfolgender Fixation des Stils an die Wunde. (7 Fälle mit 7 Heilungen.)

Dem dürftigen Capitel der aseptischen Lungenoperationen steht eine grössere Erfahrung gegenüber bei Echinococcen der Lungen; meist handelt es sich ja um inficirte Fälle mit Communication der Bronchien. Operationen bei nicht vereiterten Säcken sind sehr selten. Die Punction ist in allen Fällen zu verwerfen wegen Gefahr der Asphyxie durch Perforation in die Bronchien (und foudroyantem Lungenoedem. Ref.) Die Pneumotomie dagegen ist indicirt. 61 Fälle mit 55 Erfolgen = 90,1 Proc. Heilungen. (!)

Bei der Tuberculose im Initialstadium versuchte Tuffier den Herd wie einen malignen Tumor zu exstirpiren; die bisher dreimal ausgeführte Operation (Tuffier, Lowson, Doyen) hatte 3 Heilungen zu verzeichnen.

Dagegen sind die Resultate bei Cavernen schlechter. 26 Operationen hatten 13 mal sofortigen Tod im Gefolge; die eröffneten Cavernen haben sich nur sehr selten vernarbt, und man hat nur 1 bis 2 Besserungen zu verzeichnen.

Intraparenchymatöse Injectionen bei Tuberculose haben bisher noch keinen Erfolg zu verzeichnen.

Bei den beschriebenen 49 Fällen von Lungenabscess handelt es sich wahrscheinlich zum Theil um die abgekapselte intralobuläre eitrige Pleuritis; in diesen Fällen erlagen der Pneumotomie 23,8 Proc.

Bei den 45 beobachteten Pneumotomien bei Bronchiectasien ergab sich meistens die operative Indication durch die Septicaemie. Nur in sieben von diesen Fällen ist durch die dauernde Drainage eine Besserung erzielt worden.

Vermuthete Fremdkörper findet man in der Regel nicht (10 mal unter 11 Fällen). Die Folgen des Fremdkörpers, die Bronchiectasie oder der gangraenöse Herd, sind durch die 11 bisher gemachten Operationen nur zweimal günstig beeinflusst worden.

Von allen Lungenaffectionen ist die Gangraen am häufigsten (74) Gegenstand einer Operation gewesen; die Aetiologie derselben war in 55 Fällen eine Lungenentzündung, 4 mal eine Bronchiectasie, 2 mal Fremdkörper, 7 mal Embolie, 1 mal Brustwunde, 2 mal Perforation des Oesophagus. Bei der folgenden Drainage des Herdes kommt viel auf ein weiches, gut abgemessenes Drain an, um Hustenreiz und Erosionen grösserer Gefässe zu vermeiden. — Der unmittelbare Erfolg nach der Operation besteht in dem Verschwinden der putriden Expectoration und dem Fieberabfall. Bemerkenswerth ist das Resultat von 39 Heilungen bei 55 metapneumonischen Gangraenen, 4 Fälle von Gangraen bei Bronchiectasien mit 3 Todesfällen, 7 mal bei Embolie mit 5 Todesfällen, ein Fall durch Schussverletzung geheilt.

In der folgenden Discussion, an welcher sich Macewen-Glasgow, Coromilas-Griechenland, Doyen-Paris und Fabrikant-Charkow betheiligen, wird vorzüglich die Frage der Vermeidung des Pneumothorax und die Gefahr der Pleuritis ventilirt. Coromilas legt Werth auf eine der Operation vorangehende antiseptische Behandlung der Cavernen durch Inhalationen und Injectionen. Doyen betont bei der Naht der Pleurablätter die Anwendung einer möglichsten Geschwindigkeit; gleichzeitig demonstrirt er einen Apparat, mit welchem durch eine Laryngealcanüle und blasebalgähnliche Vorrichtung eine intensive künstliche Respiration bei Asphyxie erzeugt werden kann.

Sapiejko-Kiew bespricht eingehend die diagnostische Seite der Lungenoperationen. Die Unmöglichkeit, exact die Adhäsionen der Pleurablätter nachzuweisen, veranlasste ihn zu der Construction eines kleinen Instrumentes; dasselbe besteht im Wesentlichen aus einer Punctionsnadel, welche mit einem Manometer in Verbindung steht. Ragt nun die Nadel in die freie Pleurahöhle hinein, so sinkt das Manometer sofort durch den negativen Druck; sind Adhäsionen vorhanden, so fehlt die Schwankung des Manometers. Mit diesem Apparat hat Sapiejko in mehreren Fällen von Lungenabscess die Stelle der Adhaerenz gefunden. Bei Thieren erzeugte er künstliche Adhäsionen durch Bespritzung mit irritirenden Flüssigkeiten.

M. B. Fabrikant-Charkow stimmt in seinen Ausführungen mit dem Referenten überein, nur ist er gegen die Anwendung des Messers bei Lungenoperationen und befürwortet den Paquelin in Rothgluth oder stumpfe Instrumente.

D'Antona empfiehlt, zur Vermeidung des Pneumothorax bei dem Patienten Hustenstösse zu provociren und dabei die gesunde Thoraxseite zu comprimiren: dies veranlasse eine Vorwölbung der erkrankten Lunge in der Operationswunde.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzende: Gussenbauer, Durand, Kocher, Bloch, Dollinger.

Ueber Perityphlitis.

Roux-Lausanne operirte in 14 Jahren über 500 Fälle von Perityphlitis, von den einfachsten Formen bei 24 stündiger Erkrankung bis zur schweren jauchigen Peritonitis. Eine Eintheilung aller dieser Formen in Arten verwirft derselbe, da sie nur quantitative Unterschiede darstellen. Roux wendet sich insbesondere gegen den Standpunkt der Amerikaner, welche eine Perityphlitis sofort operiren, wenn sie dieselbe diagnosticirt haben. Er selbst ist mit den Jahren

wesentlich conservativer geworden; im Anfall operirt er nur bei zwingender Indication und behandelt sonst mit gutem Erfolg conservativ; er lässt gerne erst die ersten stürmischen peritonitischen Erscheinungen vorübergehen und es zu einer ordentlichen Eiteransammlung kommen; die meiste Gefahr droht durch die secundäre Perforation veralteter Fälle in die freie Bauchhöhle; er zieht dem Transport eines an acuter Perityphlitis Leidenden in das Krankenhaus die schlechteren hygienischen Bedingungen bei Ruhelage zu Hause vor. Er hat in allen operirten Fällen einen secundär serösen Erguss gefunden.

Kümmel hat seit 1889 103 Operationen der recidivirenden Perityphlitis in der anfallsfreien Zeit operirt mit Heilung in allen Fällen. Als organisches Substrat für die Koliken fand er von der einfachen Form der diffussen Entzündung, in welcher der Processus wie ein erectiles Organ sich anfühlt, die Stufenleiter von Ulcerationen, Stricturen, Perforation bis zum Kothaustritt. Eine Eiterung kann seiner Ansicht nach auch ohne Perforation zu Stande kommen. Kümmel's Therapie während des Anfalls ist eine wesentlich conservative. Von 400 nicht operirten Fällen starben nur 5 Proc. Die recidivirenden Fälle operirt er nach dem dritten Anfall.

Dr. E. Grinda-Nizza beschreibt einen Fall von retrocoecaler Eiterung, bei welchem er dem Eiter nur durch einen lumbalen Schnitt einen Weg bahnen konnte.

Mayde-Prag berichtet über einen Fall von retroperitonealem Abscess, den er von vorne incidirte; da er aber die Bauchhöhle intact fand, verlagerte er die Därme nach oben, vernähte die beiden Peritonealblätter und eröffnete erst dann den Abscess.

Le Dentu steht auf dem Standpunkte Roux's betreffs der Operation beim Anfall; nur in den Fällen, bei denen er eine acute Gangraen des Processus vermiformis aus den klinischen Erscheinungen annimmt, geht er activ vor.

Sonnenburg-Berlin betont den latenten Verlauf der Antecedentien eines sogenannten ersten typischen Anfalls. Unter 104 Fällen von Appendicitis perforativa ohne Complication wurde in 90 Proc. der Fälle unter 58 Fällen mit Complication in 74 Proc. und bei Appendicitis gangraenosa in 90 Proc. der Fälle im ersten Anfall operirt und dabei bereits hochgradige pathologisch anatomische Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden; es müssen also entweder die Antecedentien insensibel verlaufen sein oder klinisch nicht genau analysirt gewesen sein. Unter den 121 Fällen waren nur 17mal chronische Beschwerden vorangegangen.

Für die Richtigkeit von Sonnenburg's Auffassung, auch während des Anfalls zu operiren, um alle Eventualitäten zu vermeiden, verwendet er seine Statistik, in welcher über 100 Fälle von circumscripter Eiterung figuriren, die während des Anfalls operirt, alle genasen.

v. Eiselsberg-Königsberg: Die Behandlung inoperabler Stricturen des Darmcanals und Kothfisteln mittels totaler Darmausschaltung.

Eiselsberg führt seine zum Theil bereits publicirten Resultate über die totale Darmausschaltung des Näheren aus. Eiselsberg ist auf Grund von zwölf bisher mit dieser Methode operirten Fällen zu der Ueberzeugung gekommen, dass in solchen Fällen, in denen die Resection auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst, die totale Ausschaltung indicirt ist. Von den zwölf operirten Fällen sind sechs Heilungen zu verzeichnen bei Fisteloperation, drei Todesfälle bei sechs Operationen wegen inoperabler Carcinome. Eiselsberg räth aber bei der totalen Darmausschaltung auf alle Fälle, das eine Ende des ausgeschalteten Stückes in die Haut zu nähen und nicht ganz zu versenken.

Baracz-Lemberg hat vor vier Jahren einen Fall mit totaler Darmausschaltung operirt, wobei er das ausgeschaltete Stück total occludirt und versenkt hat; auf Grund experimenteller Untersuchungen räth er jedoch, das ausgeschaltete Stück zu drainiren, da durch Ansammlung von Secret und bacteriellen Vorgängen noch nach Monaten ulcerative Processe in dem occludirten Darmstück durch Perforation desselben die Versuchsthiere getödtet haben.

Jonnescu warnt vor der totalen Darmausschaltung und räth zur Enteroanastomose.

Eiselsberg sah die Koliken erst dann verschwinden, wenn die Kothpassage durch die carcinomatöse Strictur in Folge der totalen Ausschaltung unmöglich war; er bevorzugt bei seinen Operationen axiale Anastomosen, während Roux, der gleichfalls einen Fall von totaler Darmausschaltung operirt hat, sich für eine senkrechte Implantation ausspricht.

Frank-Chicago: A new absorbable intestinal coupler.

Der demonstrirte Knopf besteht im Wesentlichen aus einem Drainrohr als centraler Achse, auf welcher an beiden Enden derart decalcinirte Knochenknöpfe aufgenäht sind, dass deren Flächen sich dicht berühren. Der Knopf wird wie beim Murphyknopf implantirt und fixirt, und nachdem er in dem einen Darm befestigt ist, wird das zweite Darmende über die zweite, mit dem ersten untrennbare Knopfhälfte gezogen. Gleichzeitig werden von Thieren gewonnene Knopfanastomosen vorgezeigt; der Knopf ist sehr leicht; jedoch scheint dem Referenten der elastische Zug des Gummirohres nicht zu genügen und die Untrennbarkeit der Knopfhälften ein grosser Uebelstand zu sein; der Knopf ist bei Magenoperationen demnach auch kaum zu verwerthen.

A. M. Petroff-Sofia: Contribution à iléo-colorraphie en bourse appliqueé à deux cas de cancer du gros intestin et à un 3 ième cas de cancer de l'intestin grêle et de coecum à la fois.

Fall 1. Krebs des Coecum. Totale Resection des Coecum und eines Theils des Ileum; circuläre Vereinigung des Ileum und Kolon ascendens. Heilung.

Fall 2. Krebs der Flexur. colic. dextra. Resection. Heilung.

Fall 3. Krebs des Coecum und des Ileum. Der gesunde Intervall beträgt 36 cm. Die Lymphdrüsen des Mesokolon stark ergriffen. Exitus. Naht sufficient.

Michl-Prag: Ueber Hepatopexie.

Michl hat vor 10 Jahren einen Fall von Wanderleber operirt, welcher dauernd geheilt blieb. Schräger Nierenschnitt von der Spitze der 11. Rippe. Verkürzung der Ligamente. Frottirung des Peritonealüberzuges und Stützverband.

Djemil Pascha-Konstantinopel: Sarkom des Netzes und des Kolon transversum in Folge eines Seidenfadens, welcher am Netzstumpf im Anschluss an eine früher gemachte Radicaloperation einer Inguinalhernie zurückgeblieben war. Es handelt sich in dem sehr interessanten Fall um einen 30jährigen Patienten, welchem vor $1^1/_2$ Jahren wegen einer grossen Netzhernie eine Radicaloperation mit Erfolg gemacht worden war; 2 Monate später begannen die Beschwerden, welche sich zu den Symptomen einer Intestinalstenose allmählich steigerten. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass der 2faustgrosse Tumor so fest mit dem Kolon transversum verwachsen war, dass dieses in Ausdehnung von 31 cm resecirt werden musste. Der Tumor stellt ein Fibrosarkom dar; im Centrum des aufgeschnittenen Tumors befindet sich ein Seidenfaden. Heilung.

Jonnescu-Bukarest: Die Splenektomie.

Seit dem 3. Januar 1896 hat Jonnescu 12mal (!) die Milz entfernt. 11mal wegen der Hypertrophie auf Grund von Malaria, 1mal wegen Echinococcus. Jonnescu unterscheidet bei der Operationsprognose 3 Arten: die fixirte, die mobile und die ektopische Milz; bei der 1. Form handelt es sich um eine sehr schwere und gefährliche Operation; die Prognose bessert sich durch die Motilität, so dass unter 27 Fällen bei ektopischen Milzen nur 2mal der Tod eintrat. Die Indicationsstellung bei der Malariamilz gestaltet sich nach Jonnescu folgendermaassen: Ist eine Zeitlang die interne Behandlung ohne Erfolg angewendet worden, und leidet der Patient erheblich, oder es nimmt seine Kachexie zu, so ist die Splenektomie indicirt. Die Splenektomie ist ferner indicirt bei Echinococcus des Organs (?). Contraindicationen sind ausgedehnte Verwachsungen, schwere Kachexie, Ascites, hohes Alter und Leukocytose. Nach der Splenektomie beobachtete Jonnescu constant eine vorübergehende Leukocytose.

Sitzung am Sonnabend den 21. August 1897.

Vorsitzende: Le Dentu, Macewen, Roux.

Therapie der krebsigen Stricturen des Oesophagus, des Pylorus und des Rectum; Erfolge der verschiedenen Heilmethoden.

Ref. Czerny-Heidelberg: Czerny beschränkt sich auf die Besprechung der operativen Eingriffe bei den genannten Erkrankungen und bei der Grösse des Gebietes auf eigene Erfahrungen. Nur bei den Operationen des Oesophagus recurrirt er auf Erfahrungen anderer Autoren.

I. Radicale Operationen bei Carcinom des Oesophagus. Bisher sind im Ganzen 10 Fälle mit Resection behandelt, von diesen überlebten die Operation nur 3 und zwar je 13, 11 und 8 Monate; also radicale Erfolge bei Resection des Oesophagus sind bisher nicht zu verzeichnen.

II. Die palliativen Operationen zeigen Fortschritte; die methodische Sondenbehandlung, namentlich bei den cirrhösen Krebsen, sind erfolgreich; über Dauersonden hat Czerny keine persönliche Erfahrung. Auch hat er bisher die Oesophagoskopie nicht praktisch verwerthet. Auch die Oesophagostomie scheint keine nennenswerthen palliativen Erfolge zu fördern. Dagegen ist die Gastrostomie im Stande, in einigen Fällen Nutzen zu schaffen. Czerny geht nicht auf die einzelnen Methoden ein, sondern befürwortet nur die Marwedel'sche Modification der Witzel'schen Methode, welche auf der Heidelberger Klinik angewendet wird; bei dieser Methode wird die Magenfistel intraparietal zwischen Submucosa und Seromuscularis gebildet; das Drain kann später beliebig entfernt werden, oder auch durch eine Dauersonde ersetzt werden. Von 14 auf diese Weise operirten Fällen starben 3 im ersten Monate, die anderen lebten bis 11 Monate; in vielen Fällen bedeutete diese Lebensverlängerung jedoch nur die Verlängerung der Leiden.

Pyloruskrebs. 1. Radicale Operationen: Es kommt hier Alles auf die Frühdiagnose an. Von 22 Resectionen des Pylorus wegen Carcinom sind 2 dauernd geheilt ($3^1/_2$ und $6^1/_2$ Jahre). Doch ist die Operationsmortalität noch gross, von 22 Resectionen erlagen der Operation 9. Ein Sarkom der grossen Curvatur jetzt $7^1/_2$ Jahre gesund. Ratinof verfügte über einen Fall von $8^1/_2$ Jahren, Kocher $7^1/_2$ Jahren, Wölfler 5 Jahren. Die allgemeine Anschauung der Chirurgen geht dahin, dass man nur noch ganz günstige Fälle der radicalen Operation unterwerfen soll. Was die Operationsart betrifft, so erklärt Czerny, sich noch im Versuchsstadium zu befinden.

2. Palliative Operation der Pyloruscarcinome. Die Gastroenteroanastomie. Diese hat Czerny 100mal ausgeführt. Von 69 Fällen von Gastroenteroanastomie wegen Pyloruskrebs resultirte eine Mortalität von 29 Proc. Im letzten Semester operirte Czerny 10 ohne Todesfall. Dies schreibt Czerny vor Allem der Anwendung des Murphyknopfes zu Gute, dessen Anwendung er auf das Wärmste empfiehlt. Als Operationsart der Gastroenteroanastomie empfiehlt er die Hacker'sche Methode, weil diese die relativ normalsten anatomischen Verhältnisse hinterlässt (87mal angewandt, 25 Proc. Mortalität). Die Wölfler'sche Methode wendet er nur an, wenn die Hacker'sche unausführbar ist. Die Durchschnittslebensdauer nach Gastroenteroanastomosen berechnet Czerny auf 8,8 Monate; in dieser Zeit jedoch sind die Patienten relativ beschwerdefrei. Bei der Nahtmethode hat Czerny secundäre Schrumpfungen der Oeffnung bemerkt, bei der Knopfmethode nicht. Ausser diesen Fällen hat Czerny noch 20 Probelaparotomien gemacht ohne weiteren operativen Eingriff. Die Durchschnittslebensdauer dieser ist 3,5 Monate.

Rectum. Czerny operirte 149 Fälle mit 80 Proc. Mortalität. Hiervon nach Kraske 66 mit 9 und 83 mit perinealem Schnitt mit 3 Todesfällen. Czerny berechnet sich dabei eine Zahl von 25 Proc. radicaler Heilung ohne Recidiv.

1. Radicale Operationen. Czerny wendet den pararectalen Schnitt an; bei Männern benöthigt er in der Mehrzahl der Fälle eine Knochenhilfsoperation, bei Frauen entbehrt er diese. Er strebt möglichst die circuläre Vereinigung der Darmenden mit Erhaltung des Sphincter an. Die Witzel'sche Methode hat Czerny nicht ausgeführt, die Hohenegg-v. Gersmin'sche Methode je einmal ohne Erfolg.

Czerny verwirft die Drainage des Peritoneums und ist für einen Verschluss durch fortlaufende Catgutnaht. Die vaginale Methode hat keinen wesentlichen Vorzug; die Laparotomie will er nur für die Fälle reservirt haben, in denen das Carcinom oberhalb des Sphincter III sitzt.

2. Palliative Operationen. Das Curettement hat Czerny gänzlich aufgegeben, die Rectotomia linearis nur bei der scirrhösen Form; dagegen hat er von der Colostomie einen in den letzten Jahren immer mehr steigenden Gebrauch gemacht. Den Schede'schen Vorschlag, vor der Exstirpation des Mastdarmes die Colostomie zu machen, verwirft Cerny, weil die Patienten sich dann drei Operationen unterziehen müssen.

Section für Gynäkologie.

Referent: Dr. Edm. Falk-Berlin.

1. Sitzung am 20. August 1897, Vormittags.

Um 9 Uhr eröffnet der Vorsitzende Prof. A. M. Makeiew die Sitzung, er begrüsst die Männer, welche ihre Kräfte der Frau und der leidenden Mutter widmen und welche sich in dieser Section vereinigt haben. In beredten Worten gibt alsdann Prof. Sneguireth seiner Freude Ausdruck, dass aus allen Ländern die Aerzte herbeigekommen sind, und er hoffe, dass diese sich überzeugen werden, dass die russische Wissenschaft nur die Wahrheit suchen will. Die Wissenschaft aber, die den Geist bereichert, wird dazu beitragen, Leid und Unglück zu vermindern und zu bewirken, dass der «Krieg, Gewalt etc.» bald ebenso veraltet sei, wie jetzt die Inquisition. Und wie der Friede, die Liebe und die Arbeit auf der Erde herrschen möge, so möge der Krieg bald ganz schwinden.

Nachdem alsdann Olshausen, Pinard, Simpson, la Torre den Dank der verschiedenen Nationen ausgesprochen, werden die Ehrenpräsidenten der einzelnen Länder erwählt, unter ihnen Olshausen, Gusserow, Martin, Zweifel, Winckel, Pinard, Apostoli, Simpson.

Das erste Thema behandelt die **Symphyseotomie**, welches schon auf dem letzten Congress in Rom ausführlich besprochen war, und dem damals die Anwesenheit von Morisani, des Vaters der Symphyseotomie ihren Reiz verlieh.

Der erste Referent **Henri Varnier-Paris** führte aus, dass bei der Symphyseotomie, wenn man sie so ausführt, wie es in Rom Pinard verlangte, die Mortalität der Kinder keine grössere ist, trotz der Anomalie des Beckens, wie die der künstlichen Extraction beim normalen Becken. Blutungen und andere Verletzungen, welche das Leben oder die Gesundheit der Kreissenden schädigen können, liessen sich vermeiden. Die meisten Todesfälle der mittels Symphyseotomie entbundenen Frauen müssten auf Sepsis, die vom Uterogenitalcanal ausging, zurückgeführt werden. Dabei sind die Resultate, welche durch diese Operation erzielt werden, vollkommene, spätere Schwangerschaft und Geburt werden durch dieselbe nicht beeinträchtigt, es ist keine Gegenanzeige zu finden, diese Operation bei derselben Frau wiederholt auszuführen. Vorbedingung für die Symphyseotomie ist, dass das Kind lebt, dass die Geburtswege erweitert sind; bei einer Conjugata vera bis zu 7 cm kann man leicht ein Kind ohne Verletzungen extrahiren. Die Symphyseotomie soll nicht allein bei Anomalien des Beckens angewendet werden, sondern auch bei normalem Becken, wenn die Grösse des Kindes derartig ist, dass eine leichtere Entwickelung eines lebenden Kindes nicht möglich ist.

Sie kommt vor Allem beim symmetrischen Becken zur Anwendung, und zwar ist es vollkommen gleichgiltig, ob die Verengerung im Beckeneingang oder im Beckenausgang sich findet, auch beim asymmetrisch verengten Becken ist sie dann anzuwenden, wenn die Asymmetrie durch einseitige Entzündungen des Hüftgelenks ohne Betheiligung des Kreuzbeins, wenn sie durch einseitige angeborene Hüftgelenkluxation oder durch rachitische Veränderungen bedingt ist; hingegen nicht bei dem schräg verengten Becken, das durch mangelhafte Entwickelung des Seitentheiles des Kreuzbeins entsteht. Hier kommt die Ischiopubiotomie oder der Kaiserschnitt in Betracht. Berechtigung hat die Ausführung der Symphyseotomie allein, wenn die Verengerung durch das knöcherne Becken bedingt ist, nicht aber bei Verengerungen, welche durch Geschwülste, welche von den Weichtheilen ausgehen, verursacht sind. Dass das Leben des Kindes durch voraufgehende Operationsversuche gefährdet ist, lässt Varnier nicht als Gegenanzeige gelten, allein das sicher gestellte Absterben des Kindes mache die Symphyseotomie überflüssig; das Bestehen von Fieber hingegen bei der Anzeige zum operativen Eingriff sieht er als Contraindication für die Symphyseotomie an.

Der zweite Referent, **Zweifel-Leipzig**, berichtet über 31 Symphyseotomien, sämmtliche Frauen konnten geheilt werden, von den Kindern wurden 29 lebend geboren. Die gegen die Symphyseotomie erhobenen Einwände, dass Gehstörungen entstehen, dass die Heilungsdauer eine wesentlich längere sei, dass leicht ausgedehnte Scheidenzerreissungen entstehen, lassen sich vermeiden zunächst dadurch, dass man als unterstes Maass, bei dem die Symphyseotomie ausführbar ist, eine Conjugata vera von 6,5 — 6,7 cm festhält; da die von Zweifel operirten Frauen fast stets in der dritten Woche aufstehen konnten, ist der Einwand der längeren Heilungsdauer nicht stichhaltig. Scheidenzerreissungen endlich kann man verhüten, wenn man die Extraction des Kindes nicht direct an die Operation anschliesst, sondern den Verlauf der Geburt möglichst der Natur überlässt.

Alsdann ist wesentlich, dass man eine offene Wundbehandlung durchführt und dass man gleichzeitig, während man die vor und hinter der Symphyse gelegene Tasche tamponirt, durch eine feste Naht (Silbernaht), welche durch Fascie und Knorpel geht, die Beckenhälften miteinander wieder vereinigt. Die Technik der Operation ist äusserst einfach, nur muss man die Blutung durch Tamponade — nicht durch Umstechung — exact stillen. Von Nebenverletzungen sah Zweifel drei Verletzungen von Blase resp. Harnröhre, welche jedoch zum Theil spontan heilten, zum Theil durch operativen Eingriff zur Heilung gebracht wurden.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich Küstner, La Torre (Rom), Simpson und Dimante.

Sitzung am 20. August 1897, Nachmittags.

Ueber die Kolpotomie bei Entzündungen der Adnexe, bei Lageveränderungen und Entzündungen des Uterus.

Der erste Referent Dührssen versteht unter der genannten Operation die von ihm angegebene Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus mit nachfolgender Extraction des Uteruskörpers und der Adnexe in die Scheide. Mittels dieser Methode und nachfolgender Vaginofixation des Uterus oder der Lig. rot. hat Dührssen seit 1891 305 Fälle von Retroflexio mobilis et fixata operirt, von denen 4 Fälle gestorben sind und 12 Fälle recidivirten. Dührssen zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass die Kolpocoeliotomia anterior bei uncomplicirter Retroflexio und sonst gesunden Frauen als eine ungefährliche Operation zu bezeichnen ist, bei ganz schwerer Pelvioperitonitis dagegen zu Blutungen führen kann, die nur durch den Uebergang zur vaginalen Uterusexstirpation beseitigt werden können.

Die Recidive der Vaginofixation lassen sich durch die Verwendung von Silkworm und die Annähung des Uterus in der Höhe der Tubenansätze vermeiden. Geburtsstörungen nach Vaginofixation blieben gänzlich aus, falls die Oeffnung in der Plica vesicouterina durch eine versenkte Naht für sich geschlossen wird.

Ausgezeichnete Resultate erzielt die Vaginofixation in Verbindung mit den bisher üblichen Operationen auch bei Prolapsus uteri et vaginae. Zur Heilung von Entzündungen der Adnexe und des Beckenbauchfelles hat Dührssen in 200 Fällen die Kolpocoeliotomia anterior vorgenommen. Von diesen Fällen starben 8. Durch bestimmte Modificationen der Technik lässt sich diese geringe Mortalität noch weiter herunterdrücken.

In 29 dieser Fälle wurden Uterus und Ovarium aus Verwachsungen gelöst, in weiteren 53 Fällen wegen Cystenbildung die Ovarien ignipunctirt resp. resecirt, in 103 Fällen die Adnexe der einen Seite oder beiderseitig mit Zurücklassung gesunder Ovarialreste entfernt (Salpingo Oophorectomia vag.), in mehreren Fällen die Salpingostomie und aus zwingenden Gründen in einem Fall die Sterilisation der schwer kranken Frau mittels Tubendurchschneidung ausgeführt.

Unter den Adnexexstirpationen befanden sich 15 Fälle, wo die gravide Tube exstirpirt wurde, 57 Fälle von Entfernung grösserer Tubensäcke resp. Ovarialcysten. Die grösste dieser Cysten, ein glanduläres Kystom, wog 10 kg und wurde mitsammt einer doppelseitigen Pyosalpinx entfernt, während das gesunde rechte Ovarium sowie der aus seinen Verwachsungen befreite und dann vaginofixirte Uterus zurückgelassen wurde.

Vielfach wurde bei Pyosalpinx, Hydrosalpinx und Ovarialabscess operirt. In derselben Sitzung wurden stets auch die so häufigen Erkrankungen des Uterus und der Scheide operativ beseitigt.

Die Kolpocoeliotomia anterior eignet sich endlich vorzüglich zur Entfernung bis faustgrosser Myome des Uteruskörpers (Coeliomyomectomia vaginal.). Sämmtliche von Dührssen operirten Fälle sind günstig verlaufen. Das grösste Myom, ein submucöses Myom, wog 310 g und wurde nach Spaltung der vorderen Corpuswand von seiner Insertion an der hinteren Wand abgelöst. In einem anderen Falle entfernte Dührssen 10 bis hühnereigrosse subseröse und interstitielle Myome.

Wegen ihrer Ungefährlichkeit sollte diese Operation bei allen kleineren Myomen jugendlicher Individuen zur Anwendung kommen, falls die Myome Beschwerden machen. — Die Bedeutung der Kolpocoeliotomia anterior liegt darin, dass sie in der Mehrzahl aller Fälle die centrale Koeliotomie (Laparotomie) überflüssig macht, und im Gegensatz zur vaginalen Exstirpation des Uterus und der erkrankten Adnexe der Frau die gesunden Theile der Genitalorgane, nämlich den Uterus und mindestens einen Ovarialrest, und hiermit den weiblichen Geschlechtscharakter schützt! (Autorreferat.)

Martin-Berlin: Die chronische Beckenperitonitis ist erst durch die Ausführung der Operationen in grösserem Maasse zur Erkenntniss gekommen. Gewöhnlich ist sie das Ergebniss einer fortschreitenden Erkrankung von dem Genitaltractus, es pflegen sich bei ihr ausgedehnte flächenhafte Verwachsungen und Schwielen zu bilden, die die Beweglichkeit und die natürlichen Functionen der Organe stören. Nur bei der acuten Peritonitis und bei den frischen entzündlichen Processen im chronischen Stadium hat eine Allgemeinbehandlung Berechtigung (Ruhe und Antiphlogose, respective resorptionsbefördernde Mittel und Massage). In vielen Fällen ist ein operativer Eingriff nothwendig. Nach einer Kritik der früheren Operationsmethoden, Exstirpation der Ovarien, Castration utérine, vaginale Radicaloperation, der er für die extremsten Fälle ihre volle Berechtigung anerkennt, kommt er zu dem Schluss, dass nur allein die Kolpocoeliotomia anterior in Verbindung mit der Vaginofixation im Stande ist, die Kranken zu heilen. Diese Ausführungen belegt er durch die sehr guten Resultate, die er mit dieser Operation erzielt. Unter 496 Fällen, von denen nur 60 frei von Beckenperitonitis waren und in denen es sich um die Beseitigung einer beweglichen, anderweitig nicht heilbaren Retroflexio handelte, bestanden ausser Beckenperitonitis bei 59 Kranken kleinere oder grössere Myome, bei 60 Tubensäcke (darunter 18 Fälle von Pyosalpinx), fünfmal Salpingitis nodosa isthmica und fünfmal Tubargravidität. Bei 26 Frauen mussten z. B. sehr ausgedehnte Tuboovarialgeschwülste entfernt werden, bei 25 wurden Kystome des Ovariums abgetragen, siebenmal grössere Follikelhaematome entleert, 44 mal hydropische Follikel, zweimal bestanden Parovarialcysten, dreimal intraligamentäre. Die bei Weitem grösste Anzahl der Kranken wurde nach 15 Tagen entlassen und nur 31 zeigten eine fieberhafte Reaction, bei acht bestanden bei der Entlassung noch Reste parauteriner Exsudate. Nebenverletzungen waren fünf Blasenverletzungen, von denen zwei spontan heilten, drei operativ geschlossen wurden. Vier Kranke starben, darunter eine am 21. Tage an Pneumonie, zwei an Sepsis, eine an Ileus. Unter 262, welche bis Ende 1896 operirt waren, haben 6 Proc. ein Recidiv bekommen, 27 Proc. wurden wesentlich gebessert, die übrigen geheilt. 18 Operirte sind wieder schwanger geworden, neun bis jetzt entbunden, von denen bei zwei die Wendung gemacht werden musste, beide Kinder leben. Vor der Ventrifixation hat die Vaginifixation zur Heilung der Pelviperitonitis den Vorzug, dass sie keine Bauchnarbe hinterlässt, sie sollte daher in der Mehrzahl der Fälle von Pelviperitonitis chronica die Methode der Wahl sein.

In der sich anschliessenden Discussion betont Küstner, dass die ventralen Operationen eine ungünstigere Prognose gäben, weil wir nicht gelernt hätten, unsere Hände aseptisch zu machen. Zum Theil liesse sich dieser Nachtheil ausgleichen dadurch, dass wir bei der Operation dünne Zwirnhandschuhe trügen. Olshausen führt die Gefahren des Leibschnittes auf die Blosslegung der Därme und die hiedurch erzeugte Shokwirkung zurück. Nach Zweifel's Ansicht hingegen sind die Gefahren der Freilegung der Därme gering, wenn man sie vor Abkühlung schützt; ferner soll man bei der ventralen Coeliotomie für eine exacte Blutstillung sorgen, alsdann werden sich ihre Gefahren wesentlich vermindern.

Pichevin macht vielfach die Kolpocoeliotomia anterior, und zwar bedient er sich zur Freilegung des Gesichtsfeldes eines halbmondförmigen Schnittes. Sind beide Adnexe erkrankt, so geht er zur vaginalen Radicaloperation über.

Lébédev räth vor Allem, die Beckenperitonitis mittels Moor- und Schlammbädern zu behandeln.

Zum Schluss schildern Martin und Dührssen ausführlich die Unterschiede in der Art, wie sie die Kolpocoeliotomie ausführen.

2. Sitzung. Sonnabend, den 21. August 1897, Vormittag.

Ueber äussere Untersuchungsmethoden.

Wenn auch der Natur des aufgestellten Themas gemäss nur wenig Neues sich über den soviel erörterten Gegenstand sagen liess, so war doch die Discussion hierüber keineswegs werthlos, da sie von Neuem von berufenster Stelle den Aerzten zu Gemüthe führte, wie wichtig es auch für sie — und nicht allein für die Hebammen — ist, der äusseren Untersuchung mehr Beachtung zu schenken, als es gewöhnlich geschieht, und dass es möglich ist, die bei weitem grösste Anzahl von Geburten ohne innere Untersuchung zu leiten.

In der Aufstellung dieses Themas liegt also, wie der erste Referent Leopold betont, eine Anerkennung dieser Bestrebungen, die nicht nur für die Schwangerschaft und den Beginn der Geburt, sondern auch für die Erkennung des weiteren Verlaufes derselben die äussere Untersuchung in ausgedehnterem Maasse verwendet wissen wollen. Die äussere Untersuchung wird mittels des Gesichtes, des Gehöres und des Gefühles vorgenommen. Sie hat den Vorzug vor der inneren, dass man bei ihr keine Infection der Kreissenden erzeugen kann, für den praktischen Arzt aber, der in Folge seines Berufes viel mit ansteckenden Krankheiten und infectiösem Material in Berührung kommt, ist es häufig schwer, eine Infection bei einer inneren Untersuchung zu vermeiden; denn eine Schnelldesinfection der Hände, wie sie in den meisten Fällen ausgeführt wird, genügt nicht, um eine Keimfreiheit der Hände herbeizuführen.

Wir besitzen nun in der äusseren Untersuchung, welche in Verbindung mit der Bekanntmachung angewendet werden muss, ein Mittel, welches uns auch im weiteren Verlauf der Geburt stets über den Fortschritt derselben unterrichtet, die äussere Untersuchung muss jedoch systematisch durchgeführt werden, und dieses erzielen wir allein durch die Anwendung der bekannten vier Handgriffe. Leopold reicht zur Erläuterung die Abbildungen herum. Der erste (beide Hände werden mit den Fingerspitzen aneinander geschoben, dann die Handflächen quer auf die Bauchdecken der Frau gelegt, hierauf gleitet man mit den aufliegenden Handflächen über die schwangere Gebärmutter hin bis zum Fundus) belehrt uns über die Grösse der Gebärmutter und darüber, ob das Kind gerade oder quer liegt; der zweite (beide Hände gleiten von der Herzgrube aus nach den Seiten des Bauches und legen sich flach auf die Längsseiten der Gebärmutter) lässt uns erkennen, wo der Rücken liegt; durch den dritten (die eine Hand spreizt den Daumen soweit wie möglich von den übrigen aneinander liegenden Fingern ab und umschliesst mit dem Daumen und der Spitze des Mittelfingers nahe über dem Beckeneingang den vorangehenden Kindstheil) erhalten wir Auskunft über den vorangehenden Kindstheil, wenn derselbe noch hochsteht; der vierte endlich (bei dem man mit den Fingerspitzen beider Hände oberhalb der Weichen langsam an den Seiten des Beckens in die Tiefe dringt) lässt uns auch bei tiefem Stand des vorangehenden Kindestheils denselben erkennen. — Im Unterricht kann natürlich auch bei normalen Geburten die innere Untersuchung nicht entbehrt werden, anders in der Praxis, hier ist sie bei normalen Geburten überflüssig. Bei pathologischen Geburten kann nur die innere Untersuchung, welche mit der äusseren Untersuchung verbunden wird, uns über den Zeitpunkt eines nothwendigen operativen Eingriffs belehren.

Bei richtiger Ausführung der äusseren Untersuchung wird man weder in der Schwangerschaft durch Anregung der Wehenthätigkeit, noch während der Geburt durch Quetschung des unteren Uterinsegments die Kranke schädigen können.

Leopold kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Normale Geburten kann man allein mittels der äusseren Untersuchung leiten, mit ihr schädigt man weder eine Schwangere noch eine Gebärende. 2. Zur Verhütung des Kindbettfiebers soll man daher die innere Untersuchung bei normalen Fällen möglichst vermeiden, bei regelwidrigen Entbindungen auf das nothwendige Maass beschränken.

Auch der zweite Referent, **Pinard**, welcher unter der äusseren Untersuchung (palper abdominal) allein die Palpation verstanden wissen will, kommt nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Untersuchungsmethoden und nach genauer Schilderung der Art, wie man die äussere Untersuchung ausführt und dessen, was man durch die äussere Untersuchung feststellen kann, zu dem Schluss, dass die äussere Untersuchung für die Geburtshilfe eine der wichtigsten Untersuchungsmethoden darstellt, welche uns derartig gute Resultate ergibt, dass wir fordern müssen, jede Schwangere muss äusserlich untersucht werden, denn durch sie erhalten wir die beste Aufklärung, ob die Schwangerschaft normal ist oder nicht, ob Zwillingsschwangerschaft besteht, ob es sich um eine Extrauterinschwangerschaft handelt. Dabei ist die äussere Untersuchungsmethode leicht zu lernen, auszuführen und zu lehren, ihre methodische Ausübung ermöglicht die Stellung der Diagnose auf Drillinge und Hydrocephalus. Während sie so während der Schwangerschaft uns vorzügliche Dienste leistet, wird sie während des Fortschreitens der Geburt häufig versagen, hier steht sie an Wichtigkeit der inneren Untersuchung nach, wenn sie uns auch bisweilen werthvolle Aufschlüsse über die Fortschritte der Geburt zu geben im Stande ist. Während der Austreibungsperiode hingegen ist sie wieder der inneren Untersuchung gleichwerthig, im normalen Wochenbette soll sie allein angewendet werden, wenn nicht pathologische Zustände die innere Untersuchung erfordern.

Der dritte Referent, **Karl Hennig**-Leipzig, war nicht erschienen, er hat jedoch eine sehr ausführliche und lehrreiche Arbeit eingeschickt, in der er nach einem geschichtlichen Ueberblick die Nothwendigkeit hervorhebt, die Untersuchung der Schwangeren stets mit der äusseren Untersuchung zu beginnen, da sie im Stande ist, in vielen Fällen eine innere Untersuchung überflüssig zu machen, und da bei ihr eine Infection mit Sicherheit vermieden werden kann.

Trotzdem ist die äussere Untersuchung erst spät methodisch gleichzeitig mit der bis in's hohe Alterthum zurückreichenden inneren Untersuchung verbunden worden, vor Allem wohl, weil der vor-

liegende, für den Verlauf der Geburt wichtigste Theil von der Scheide aus leichter zu bestimmen ist, als von den Bauchdecken.

Die äussere Untersuchung wird vorgenommen:

1. Durch Hilfe des Geruchsinnes, der uns durch den specifischen Geruch von Blut, Eiter, von Darmgasen auf wichtige pathologische Erscheinungen (faulige Physometra, Rectovaginalfistel etc.) hinweist.

2. Durch den Geschmack (Muttermilch).

3. Durch das Gehör. Am wichtigsten ist die Bestimmung der kindlichen Herztöne, die, wie das Nabelschnurgeräusch, ein sicheres Schwangerschaftszeichen sind. Werden die kindlichen Herztöne von 2 Beobachtern gleichzeitig von verschiedener Häufigkeit erkannt, so ist dieses ein sicheres Zeichen für Zwillinge und mehr zu verwerthen, als wenn zwischen 2 Stellen deutlich wahrnehmbarer Foetaltöne dieselben nicht vernommen werden können. Die kindlichen Herztöne dürfen nicht mit den mütterlichen Herztönen verwechselt werden. Im Gegensatz zu den kindlichen Herztönen sind die Geräusche der Arteria uterina, welche gewöhnlich schon im dritten Monat erkannt werden können, kein sicheres Schwangerschaftszeichen, da sie auch bei Geschwülsten und Aneurysma vorkommen können.

Mit dem Gehör ist endlich auf die Art des Wehklagens der Gebärenden zu achten.

4. Durch das Sehen: Hierbei ist darauf zu achten, die Frau nur soweit zu entblössen, als die Besichtigung uns für die Vorhersage oder für das therapeutische Handeln nothwendig erscheint. Eine ausgedehnte Besichtigung der Knochen und des Ganges ist bei Verdacht auf Rachitis oder Osteomalacie nothwendig.

Besonders wichtig ist die Betrachtung des Beckens (schräge Beckenverengung, Wirbelgleiten) und der rhombischen Figur der Muskelursprünge im Kreuz. Weiter achten wir mit dem Gesichtssinn und ausser auf Veränderungen der Haut den eventuellen Abgang von Blut auch auf die Veränderungen des Gesichtes der Kranken, die uns auf starken Blutverlust hinweisen können, auf die Ausdehnung und die Form des Leibes, auf den Stand des Fundus uteri und den Stand des Contracturringes. Nach der Geburt ist die Besichtigung der Placenta von Wichtigkeit.

5. Durch den Tastsinn. Wir fühlen zunächst nach der Hautwärme, weiter gibt uns das Verhalten des Pulses Aufschluss über eine drohende Gefahr (Verblutung). Alsdann bestimmen wir die Körperlänge, die Länge und eine eventuelle verschiedene Grösse der Oberschenkel, befühlen die Haut, deren Knistern uns auf Physometra oder Ruptura uteri hinweist. Alsdann nehmen wir die Messung des Beckens vor, falls Messinstrumente fehlen, dadurch, dass wir durch genaue Abtastung der Beckenknochen uns eine Anschauung von der Grösse des Beckens verschaffen, im anderen Falle durch Feststellung des Umfanges des kleinen Beckens mittels Bandmaass, durch Feststellung des Abstandes der Spinae superiores anteriores, der Cristae ossis ilium, der Trochanteren und des Bandelocques-Durchmessers mittels Tastercirkel.

Alsdann ist mittels des Tastsinnes festzustellen, ob in der That Schwangerschaft vorliegt, ob Hydramnios, ob mehrfache Früchte, ob Bildungsfehler des Uterus bestehen, desgleichen ist auf eine Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, die gleichzeitig mit einer intrauterinen bestehen kann, zu achten und auf ihre Unterscheidung von Bauchgeschwülsten. Das Vorhandensein von freier Flüssigkeit im Bauch (Unterschied der Fluctuation von der Undulation) ist in Betracht zu ziehen. Bei festgestellter Schwangerschaft ist die Grösse der Frucht zu bestimmen. Die Placenta und Nabelschnur kann man selten durch die Bauchdecken hindurchfühlen, deutlicher den schräg verzogenen Fruchthalter und den aufsteigenden Contractionsring bei drohender Ruptura uteri.

Aus der Discussion, an der sich Küstner, La Torre, Murdoch, Cameron, Ott betheiligen, ist hervorzuheben, dass Ott auch eine grössere Ausdehnung der äusseren Untersuchung bei gynäkologischen Erkrankungen verlangt.

Section. für Pädiatrie.

Referent: Dr. M. Wolfheim-Berlin.

Sitzung am 20. August, 9 Uhr Morgens.

1. Prof. Heubner-Berlin: **Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter.**

Die chronische Nephritis im Kindesalter ist bisher von der Allgemeinheit der Aerzte als eine Rarität angesehen worden. In der That kann dieses für diejenigen Formen der chronischen Nephritis, welche nach den in den Lehrbüchern der Nierenkrankheiten beschriebenen Typen verlaufen, zugegeben werden. Selbst die Schrumpfniere, die noch am häufigsten von Kinderärzten beschrieben ist, muss doch im Grossen und Ganzen zu den seltenen Vorkommnissen gerechnet werden.

Aber es gibt eine nicht in die Rahmen dieser Bilder sich fügende chronische Nephritis, die doch nicht so selten ist im Kindesalter, als es scheint, aber häufig übersehen wird. Diese Kinder bieten keines der Symptome, die sonst auf die Diagnose der Nephritis hinführen; sondern meistens hört man über die betreffenden Patienten nur Klagen, die auf allgemeine Schwächlichkeit und Blutarmuth, sowie auf mangelhafte Verdauungskräfte hinweisen. Nur ihr langes Fortbestehen oder schliesslich einmal eine acute haemorrhagische Verschlimmerung des latenten Leidens führt auf die Diagnose. Die Urinuntersuchung zeigt auch wenig Abweichungen der Farbe, des Gewichts, nur das Vorhandensein von Eiweiss und morphologischen Elementen stützt die Diagnose. Diese Erkrankung ist fast stets auf eine vorangegangene acute Nephritis zurückzuführen und endigt nach etwa 20jähriger Dauer. Bei der Section findet sich schliesslich Schrumpfniere. Doch sind im Leben Symptome dieses letzteren Leidens erst während des letzten Lebenshalbjahres vorhanden.

Einzelne Male tritt auch um die Pubertät Heilung ein.

Zu unterscheiden von diesen chronischen Nephritiden, die häufig auch eine cyklische Eiweissausscheidung erkennen lassen, ist die reine cyklische oder besser orthotische Albuminurie ohne Nephritis, für deren Vorhandensein der Vortragende wie früher eintritt. — Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Aussichten der reinen orthotischen Albuminurie günstig. Die von dem Vortragenden im Jahre 1890 beschriebenen Fälle sind sämmtlich in Heilung übergegangen.

Discussion: Jul. Comby-Paris: Das jugendliche Alter ist dasjenige, in welchem die häufigsten Ursachen der Nephritis vorkommen, zuerst die verschiedenen Infectionskrankheiten, Scarlatina, Masern, Diphtherie etc., ferner andere Ursachen, besonders die Infectionen des Gastrointestinalcanals, welche toxische Substanzen in den Organismus einführen. Es gibt andererseits eine Art acute benigne Nephritis, welche ohne sichtbare Ursache (leichtes Fieber, leichte Halsschmerzen) auftritt und im Anfang eine schwere Nephritis befürchten lässt. Redner hat 10 Fälle beobachtet, in welchen viel Eiweiss (10 bis 15 g) vorhanden war und diese Albuminurie dauerte bis 3 Wochen. Und dennoch gingen diese Fälle in völlige Genesung über.

2. Prof. Concetti-Rom: **Organotherapie bei Nierenkrankheiten der Kinder.**

3. Prof. Comby-Paris: **Ueber Arythmie des Herzens bei Kindern.**

Als Ursache der Arythmie bei Kindern findet man: 1. Neurosen bei sonst gesunden Kindern, 2. medicamentöse Intoxicationen durch Opium, Digitalis, Chloroform etc, 3. Autointoxicationen bei Verdauungsstörungen des Magens, des Darms, der Leber, 4. Dyskrasien, erworbene oder angeborene, wie Chlorose, Rachitis, Fettleibigkeit, 5. Neurosen: Chorea, Hysterie, Epilepsie, 6. Reconvalescenz nach acuten Krankheiten. Die Pathogenie dieses Phänomens besteht in einer functionellen Störung der Reflexthätigkeit, meistens aber ist es toxischen Ursprungs, und zwar verursacht durch diffundirte, in die Blutbahn eingetretene Toxine, durch welche die entsprechenden Centren beeinflusst werden. Bei der nervösen Erregbarkeit der Kinder hat die Arythmie keine semiologische Bedeutung mit Ausnahme der Fälle von Gehirnkrankheiten und Cardiopathien. Gewöhnlich bedarf die Arythmie keiner Behandlung, sie verschwindet, sobald die Momente zu wirken aufhören, die welche sie hervorgerufen worden ist.

Discussion: Lange-Leipzig.

Escherich-Graz bestätigt die Häufigkeit der Arythmie im Kindesalter, ohne dass man gerade berechtigt wäre, die von Comby angeführten Momente als Ursachen im strengen Sinne des Wortes zu bezeichnen. Besonders wichtig ist jene Form der Arythmie, welche bei Verdauungsstörungen gleichzeitig mit einem an Meningitis erinnernden Symptomencomplex vorkommt. Hier findet man meist Aceton und Diacetessigsäure. Die Arythmie der Kinder ist am besten bei langsamem Pulse zu constatiren, sie verschwindet bei hohen Pulszahlen.

4. Prof. Escherich-Graz: **Ueber Vorkommen und Begriff der Tetanie im Kindesalter.**

Anknüpfend an seine Mittheilung auf dem Berliner Congress (1890) über das Vorkommen tetanischer Symptome bei den an Laryngospasmus erkrankten Kindern, entwirft der Vortragende ein Bild dieses seitdem wieder in zahlreichen Fällen beobachteten Symptomencomplexes. Ausser Trousseau'schem und Facialisphänomen wurde die constante Steigerung der Nervenerregbarkeit dem galvanischen Strom gegenüber constatirt, als neue Symptome tonische Krampfzustände der gesammten Körpermusculatur und kurzdauernde eklamptische Anfälle beschrieben, welche sich häufig wiederholen und zu den laryngospastischen Anfällen hinzutreten oder mit denselben alterniren. Sowohl die laryngospastischen als die eklamptischen Anfälle sind als dieser Altersperiode eigenthümliche Aeusserung der Tetanie zu betrachten. In diesen schweren Formen tritt nicht selten ein tödtlicher Ausgang ein. Der Sectionsbefund ergab in einigen leichte Grade von Hydrocephalus, in anderen Thymushyperplasie (Status lymphaticus). Relativ häufig wurden Bronchitis und Lobulärpneumonie, 3 mal auch Glottisoedem gefunden. Stets waren rachitische Veränderungen leichten Grades vorhanden. Auch die höchst charakteristische Beschränkung der Erkrankung auf die Frühjahrsmonate (Demonstration der Curven) und auf die Altersperiode zwischen drittem Monat bis Schluss des dritten Lebensjahres weisen auf die innigen Beziehungen zur Rachitis hin. Trotzdem tritt Redner der Anschauung, dass es sich hier um ein Symptom der Rachitis handelt, entgegen. Er findet die Ursache des häufigen, ja regelmässigen Zusammentreffens der beiden Erkrankungen darin, dass beide unter dem Einfluss der nämlichen Schädlichkeiten, der sogenannten respiratorischen Noxen von Kassowitz (Aufenthalt in verdorbener Zimmerluft) entstehen. Durch die länger dauernde Einwirkung derselben wird eine abnorme Säftemischung (Dyskrasie) herbeigeführt, welche durch anormale Ernährung des Nervensystems den Reiz-

zustand herbeiführt, welche das Substrat des beschriebenen Symptomencomplexes darstellt.

Streng geschieden von dieser (idiopatischen) Tetanie der Rachitiker sind die anderen, sehr viel selteneren, als Tetanie im Sinne der Autoren bezeichneten Tetaniefälle. Escherich unterscheidet nach dem Verhalten der Contracturen intermittirende und persistirende Formen. Dieselben erscheinen zumeist im Anschluss an Verdauungskrankheiten, seltener nach Infectionskrankheiten und lassen keinerlei Beschränkung in Bezug auf Lebensalter und Jahreszeit erkennen. Von besonderem Interesse ist eine als Pseudotetanus bezeichnete Gruppe, wobei die Knaben ohne Veranlassung unter dem typischen Bilde des Wundstarrkrampfes erkrankten und durch sechs bis acht Wochen unausgesetzt in einem tonischen Krampfzustande verharrten, der mit Ausnahme der Arme, der Augen und der Respirationsmusculatur den ganzen Körper betraf. Ausgang stets in vollkommene Heilung. Die Zugehörigkeit dieser und ähnlicher Fälle von essentieller Contractur zur Tetanie erscheint allerdings noch zweifelhaft.

An der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Hochsinger-Wien, Baginsky-Berlin, Bruns-Hannover und Frankl v. Hochwart, welch' Letzterer darauf hinweist, dass zur Entstehung der Tetanie doch ein äusseres Agens wirksam sein dürfte. Als Hauptargument hiefür führt er die grosse Häufigkeit derartiger Krankheiten in gewissen Städten (Wien, Heidelberg) an, während andere Orte total tetanusfrei sind. Auch scheint die grosse Epidemie in Wien erst seit den siebziger Jahren zu bestehen, während Paris, das früher sehr reich an derartigen Fällen war, nun seit 30 Jahren keine solchen mehr aufweist.

Escherich (Schlusswort) dankt für die wohlwollende Aufnahme, er hat das Thema nicht erschöpft, speciell die Frage der symptomatischen Tetanie nicht erwähnt. Eine Reihe der tödtlich endenden Fälle hatten Hydrocephalus. Der Laryngospasmus kann also wohl auch ein Symptom des frischen Hydrocephalus sein, wie dies schon Golis behauptet. Es gibt selbstverständlich auch Laryngospasmus und Eklampsie ohne tetanische Symptome.

5. Prof. Baginsky-Berlin: **Ueber Veränderungen des Blutes im Krankheitszustande des kindlichen Alters.**

Vortragender gibt eine zusammenfassende Thätigkeit über Blutuntersuchungen, welche seit Bestehen des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in demselben auf den verschiedenen Abtheilungen gemacht worden sind. Die Arbeiten sind vorzugsweise von den Herren Assistenten Felsenthal, Bernhard, Schlesinger gemacht worden und zum grössten Theil im Archiv für Kinderheilkunde publicirt. Die Krankheiten echter anaemischer Natur gruppiren sich um die Anaemia pseudoleukaemica oder splenica, von der einfachen, mit Milzschwellung einhergehenden Rachitis bis zu den schwersten, zur Anaemia perniciosa zu rechnenden Formen. Bei letzterer hat Vortragender eine Reihe interessanter Untersuchungen des Harns gemacht, speciell mit Rücksicht auf das Verhalten des Harns gegenüber Auftreten von Gallenfarbstoffen und Beziehungen der Stickstoffausscheidung. Weiterhin sind die Verhältnisse der Pneumonie, insbesondere mit Rücksicht auf die Krise untersucht und die Eigenschaften des Blutes rücksichtlich seiner gnostischen und diagnostischen Bedeutung gekennzeichnet. Typhus, Scharlach, Morbilli, Diphtherie, letztere unter dem Einfluss der Serumtherapie, sind untersucht worden. Die eigenthümlichen Verhältnisse sind von dem Redner in einzelnen Sätzen fixirt worden, endlich die Darmkrankheiten und einige Fälle von Nephritis und Vitium cordis.

Discussion: Dr. C. S. Engel-Berlin bestätigt im Allgemeinen die Ausführungen Baginsky's, soweit Untersuchungen mit den gewöhnlichen Methoden in Betracht kommen, macht aber darauf aufmerksam, dass Zählungen an Präparaten, die nach Ehrlich gefärbt sind, sowohl für das Blut der Neugeborenen, im Gegensatz zu dem der Erwachsenen, als auch für Pneumonie, Luës und die schwersten Formen der Diphtherie von besonderem Werth sind. Für die Pneumonie und Morbillen kann auch Redner wie Baginsky-Felsenthal eine Blutkrise constatiren. Redner fordert auf, in allen Blutuntersuchungen Zählungen der Leukocyten an Trockenpräparaten nach Ehrlich vorzunehmen.

Nachmittagssitzung.

1. Prof. **Camillo Hajech**-Mailand: **Ueber Empyem bei Kindern.**

Die Diagnose der Pleuritis ist bei Kindern schwieriger als beim Erwachsenen, und zwar aus äusseren und aus inneren Gründen; von letzteren sind einige von anatomischen und physiologischen Bedingungen des kindlichen Organismus abhängig, andere von dem Krankheitsprocess selbst, wenn dieser sich in dieser Lebensperiode ereignet. Redner führt die klinischen Symptome des Vorhandenseins eines purulenten Exsudats in den verschiedenen Entwickelungsstadien der Krankheit an. Das beste Auskunftsmittel sei die Probepunction. Sie täuscht am wenigsten, wenn sie bei Vorhandensein der klinischen Symptome ausgeführt wird. Redner beleuchtet dann die chirurgische Behandlung der purulenten Pleuritis vom Standpunkte des inneren Klinikers.

2. Dr. **Wermel**-Moskau: **Ueber Ikterus neonatorum.**

Der Ikterus neonatorum steht mit Processen in Verbindung, welche den Eintritt der selbständigen Existenz des Kindes begleiten. Hierfür sprechen anatomische und klinische Untersuchungen. Um die geringsten Spuren von Galle in den Organen zu conserviren, bediente sich Redner einer Mischung von 100 Theilen 95proc. Alkohols mit 8 Theilen Zincum chloricum. Letzteres conservirt ohne Veränderung das Gallenpigment und entfärbt die rothen Blutkörperchen. Die ikterischen Leichen wurden in 2 Gruppen eingetheilt: 1) mit Ikterus der Haut und der Bindehäute, und 2) mit Ikterus nur in den inneren Theilen. Eine 3. Gruppe bildeten die Leichen, bei welchen Gallenpigment fast nur in der Leber vorhanden war. Von makroskopischen Veränderungen konnte man stets venöse Stauung in der Leber und anderen Bauchorganen constatiren. Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Die Capillaren waren stark erweitert und gefüllt mit entfärbten Blutkörperchen. In den Leberzellen befand sich mehr oder weniger gold- oder rothfarbiges Gallenpigment. Die Glisson'sche Kapsel war zuweilen oedematös. Das erwähnte Pigment muss zweifellos Gallenpigment gewesen sein, denn es gab die Gmelin'sche Reaction. Der Mechanismus des Ikterus ist also folgender: Die in Folge der venösen Stauung stark gedehnten Capillaren drücken die Leberzellen und die Gallencapillaren zusammen, die Folge davon ist eine Gallenstauung in der Leber. Letzteres wird noch durch Fälle bewiesen, welche während der Geburt verstorbene Kinder betreffen, bei welchen die venöse Stauung in der Leber besonders stark ist. In diesen Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung dieselben Resultate, wie bei ausgesprochenem Ikterus. Durch die klinische Beobachtung wird Obiges bestätigt. Die Excremente sind nicht entfärbt, weil nicht alle Gallengänge verschlossen sind, im Urin ist nicht desshalb wenig Pigment vorhanden, weil es im Blute nicht vorhanden wäre, sondern weil es in den Nieren zurückgehalten wird. Andererseits wurde durch klinische Beobachtungen bewiesen, dass Galle nur bei solchen Kindern erscheint, bei welchen günstige Bedingungen zum Entstehen einer venösen Stauung vorhanden sind. Bei ausgetragenen Kindern von Mehrgebärenden kommt die Gelbsucht in 22,8 Proc., bei Primiparis in 58,09 Proc. vor, bei unreifen und schwachen Kindern in 96,1 Proc., bei syphilitischen in 91,42 Proc.; alle Complicationen bei der Geburt begünstigen die Entstehung vom Ikterus. Es steht somit der Ikterus in directer Verbindung mit den Circulationsverhältnissen in der Leber, und die Circulation mit den Entwickelungsbedingungen der Respirations-Circulationsthätigkeit des Neugeborenen.

3. Dr. **E. Wang**-Christiania: **Diagnose der Lungentuberculose in den ersten Lebensjahren.**

IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen

zu Heidelberg, am 7. Juni 1897.

Officieller Bericht des I. Schriftführers Dr. *Eulenstein* in Frankfurt a. M.

IV.

7. Herr **Bergeat**-München: **Die Hohlräume der mittleren Muschel.** Mit Demonstration von anatomischen Präparaten. (Der Vortrag ist an anderer Stelle dieser Nummer abgedruckt.)

8. Herr **Killian**-Worms: **Speichelsteine.**

1. 45 jähriger Mann hatte schon als Kind Schwellung in der linken Submaxillargegend. 1873 hühnereigrosse Anschwellung daselbst, die während des Essens anschwoll und sich wie ein richtiger Bruch zurückdrücken liess; dabei entleerte sich übelriechender Speichel in den Mund. Anfälle von Speichelfluss. Später habe sich ein Abscess spontan in den Mund geöffnet. 1891 soll durch Incision vom Munde aus ein etwa linsengrosser Stein entfernt worden sein; auf diesen Eingriff hin sei der Hals äusserlich stark geschwollen, und etwa 14 Tage später habe sich ein Abscess in den Mund entleert, wodurch die bis dahin dauernden starken Schmerzen nachliessen. Es folgte nun eine Periode der Besserung. Doch bestand stets übler Geschmack im Munde, besonders Nachts, Schmerz in der linken Submaxillargegend beim Essen, Anfälle von Schwellung, Schmerzhaftigkeit daselbst und anfallsweiser, reichlicher Erguss übelriechenden Speichels.

Anfangs August 1896 auf's Neue Entzündung und heftige Schmerzen in der linken Halsseite, Stechen im linken Ohr. 1. IX. 96 am linken Kieferwinkel harte Drüsenschwellung. $^1/_2$ cm nach hinten und aussen von der linken Papilla salivalis inferior eine circa 3 bis 4 mm weite innere Speichelfistel des Ductus Whartonianus, aus der bei Druck auf die Glandula submaxillaris trüber, übelriechender Speichel sich entleert. Am Mundboden beginnt in der Gegend des Molaris I inferior eine sich weit nach hinten erstreckende, längliche, kleinfingerdicke Schwellung; bimanuelle Palpation ergibt eine harte massige Einlagerung. Die von der Fistel aus vorgeschobene Sonde stösst auf den Stein. 3 cm langer Schnitt durch die Schleimhaut des Mundbodens bis in die Basis des vorderen Gaumenbogens hinein, Blosslegung und Heraushebelung des Steines. Heilung glatt; es bleibt eine circa 3—4 mm weite innere Fistel zurück. Patient beschwerdefrei. Der schmutzig grünlichweisse, sehr harte Stein hat eine drusige Oberfläche, wiegt 9,12 g, hat 5,5 ccm Rauminhalt, ist 3,4 cm lang, 1,8 cm breit und 1,7 cm dick.

2. 34 jähriger Mann klagt seit Monten über Schmerzen in der rechten oberen Halsgegend. Längliche Schwellung am Mundboden. Aus Papilla salivalis inferior trüber, übelriechender Speichel. Sonde

stösst sofort auf den Stein. Schlitzung des Ductus Whartonianus mit dem Thränenmesserchen. Extraction eines gelblich-weissen, feinhöckerigen, walzenförmigen Steines, der 1,87 g wiegt, 2,3 cm lang und 0,9 cm breit ist. Rasche Heilung.

9. Herr **Killian**-Freiburg i. B.: **Ueber communicirende Stirnhöhlen.** (Der Vortrag ist an anderer Stelle dieser Nummer abgedruckt.)

Discussion: Herr **Bergeat**-München schliesst aus der starken Deviation der Stirnhöhlenscheidewand an seinem Präparat, dass diese ursprünglich kein häutiges Diaphragma hatte; es war demnach zu einem Durchbruch des Empyems durch eine Siebbeinzelle nach aussen und anscheinend zur Heilung gekommen, da dieser ganze Complex zusammenhängender Höhlen allein von allen Nebenhöhlen eiterfrei gefunden wurde. Der Zusammenhang beider Stirnhöhlen, wenigstens am macerirten Präparate, ist gewiss nicht selten; die einzigen B. bekannten Objecte sind nach seiner Erinnerung alle mit den Spuren zum Theil sehr schwerer Entzündungen versehen. Am Killian'schen Präparate wölbt sich eine Siebbeinzelle in die Stirnhöhle, welche einen Defect im Knochen, aber durch eine central verdünnte Schleimhaut überdeckt, besitzt; diese Stelle macht den Eindruck einer Knochendebiscenz.

Herr **Seifert**-Würzburg kennt einen Fall, bei welchem wegen Empyems der rechten Stirnhöhle diese eröffnet und constatirt wurde, dass diese in offener Communication mit der linken stand, ohne dass die letztere erkrankt war und ohne dass sie im weiteren Verlaufe erkrankte.

Herr **Werner**-Mannheim: Ich glaube, dass es auch Fälle gibt, in denen man gerade keinen Defect des Stirnhöhlenseptums anzunehmen braucht, sondern wo ein Septum überhaupt nicht vorhanden ist. So war ich kürzlich genöthigt, bei einer jungen Dame wegen stürmischer Erscheinungen die Stirnhöhlen breit aufzumeisseln und zwar von der rechten oberen Augenwinkelbucht. Es zeigte sich dabei, dass überhaupt nur eine grosse ungetheilte Stirnhöhle vorhanden war, die nach allen Dimensionen grosse Maasse zeigte. Ein Septum war überhaupt nicht vorhanden. Die Höhle wurde auch von der anderen Seite aufgemeisselt, weil es nicht unmöglich war, dass noch eine zweite kleine rudimentäre seitlich verdrängte Höhle bestehen könnte. Das war nicht der Fall. Die Drainage der Höhle nach der Nase zu war in Folge dessen nur auf einer Seite nothwendig. Sie geschah durch Durchstossen eines dicken Drainrohrs nach der Nase.

Charakteristisch war in diesem Falle, dass auch ein starker Schmerz beim Druck auf die Gegend des Septum und der Stirnhöhle vorhanden war, während doch sonst der Hauptdruckschmerz an den Seitenwänden empfunden wird. Es wird sich dies vielleicht durch das Fehlen jeglichen Septums erklären lassen.

Herr **Killian**-Freiburg: In dem Werner'schen Falle ist leider keine Sondirung beider Ausführungsgänge nach der rechten und linken Seite vorgenommen. Es bleibt also nur als Beweis einer einfachen gemeinsamen Stirnhöhle, dass aus beiden Nasenseiten Eiter gekommen sein soll und dass diese Absonderung nach der breiten Eröffnung beiderseits sistirte. Ein directer anatomischer Beweis wäre überzeugender gewesen, da es auch einmal vorkommen kann, dass die Stirnhöhle einer Seite vollständig rudimentär und die andere stark entwickelt ist.

10. Herr **Siebenmann**: **Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie, sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen.** (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

11. Herr **Seifert**-Würzburg: **Ueber Rhinitis nervosa.** (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

12. Herr **Avellis**-Frankfurt a. M.: **Die Behandlung des nervösen Schnupfens.** (Der Vortrag ist an anderer Stelle bereits erschienen.)

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 2. Juni 1897.

1. Herr **Witthauer** legt ein durch Laparotomie gewonnenes Präparat einer geplatzten **Tubarschwangerschaft** vor.

2. Herr **Anschütz** bespricht 2 Fälle von **Pleuratumoren.** Die Diagnose ist bei Lebzeiten der Kranken sicher gestellt durch den Befund von Geschwulstzellen im Sediment.

3. Herr **v. Herff**: **Ueber Kephalotripsie oder Kranioklasie.** (Der Vortrag ist an anderer Stelle dieser Nummer abgedruckt.)

v. Herff spricht ferner über die **Aetiologie und Pathogenese der Fissura ani**, die sich sehr häufig gerade bei Frauen auch im Wochenbett vorfindet. Bei der üblichen vernachlässigten Stuhlentleerung der Frauen entstehen sehr leicht kleine Verletzungen der Analschleimhaut. Fliessen Wochensecrete oder pathologische Scheidensecrete über den Anus, so kommt es hier leicht zu Infectionen dieser kleinen Verletzungen und im weitern Verlaufe zur Ausbildung der so schmerzhaften Fissura ani. Die Therapie muss zunächst weichen Stuhl durch beliebige Abführmittel erzielen, lieber mehrmals einen am Tage als einen harten. Ebenso wichtig ist aber eine energische Desinfection der inficirten Geschwüre mit Mitteln, die gleichzeitig schmerzlindernd und selbstverständlich nicht giftig sind. Hierzu eignet sich nach einer ausgiebigen Erfahrung des Vortragenden am besten das Ichthyol oder Thyol in 5—10 proc. Glycerinlösungen, mehrmals am Tage von den Kranken oder ihren Angehörigen mit einem Pinsel in den Anus eingebracht. Nicht selten erzielt man schon in einem Tage erhebliche Besserung, fast stets rasche Heilung. Ganz ausnahmsweise zwingt ein Nichterfolg zur chirurgischen Therapie der forcirten Dehnung oder zu der Durchtrennung des Sphincter ani, Eingriffe, die immerhin eine Narkose erfordern, also nicht ganz ungefährlich sind. Vortragender betont ferner, dass das Glycerin ein Austrocknen der Ränder verhindert, das Ichthyol hingegen desinficirt und gleichzeitig schmerzlindernd wirkt, so dass beiden Componenten der Erfolg zuzuschreiben sei.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 20. Juli 1897.

Ueber das Tetanusheilserum.

Nocard hat eine Reihe von Versuchen mit dem Serum von Hoechst und dem im Institut Pasteur gewonnenen gemacht, deren Wirksamkeit als ganz gleichartig geprüft war. Mit Ersterem trat keine Heilung des Tetanus ein, wenn die Erscheinungen bereits sich eingestellt hatten, ebenso, wenn es 24 Stunden vor Beginn derselben injicirt wird. 48 Stunden vor Beginn der Anfälle intravenös in starker Dosis injicirt, kann es Heilung bringen. Das Serum ist also eine vortreffliches Präventiv-, keineswegs aber ein Heilmittel gegen die bereits ausgebrochene Krankheit; trotzdem räth N., es auch gegen diese anzuwenden, da es die Anfälle weniger zahlreich und intensiv macht und, wenn die Heilung eintritt, die Reconvalescenz eine kürzere ist.

Uebergang der Mikroorganismen in die Placenta.

Delore-Lyon fand in der Mehrzahl der Mutterkuchen Mikroorganismen in zahlreichen Varietäten, deren Lebensfähigkeit durch die Culturversuche constatirt wurde und welche sich zuweilen sehr infectiös zeigten. Diese Kleinwesen sind meist in den Venenthromben eingeschlossen, welche sich in physiologischer Weise in der normalen Placenta finden. Man kann annehmen, dass die Mikroorganismen aus der allgemeinen Circulation kommen, wohin sie wiederum beim Uebergang vom Darme in die Pfortader gelangt sind.

Sitzung vom 27. Juli 1897.

Zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii.

Jaboulay, welcher als erster den Basedow durch die Resection des Halssympathicus behandelte (vor $1^1/_2$ Jahren), hat nun in 9 Fällen diese Operation bei Frauen gemacht, und stets waren die Resultate sehr gute, ohne irgend welche Complicationen. Die Erfolge waren besser bei älteren Frauen als bei jungen Mädchen, was J. auf die fortschreitende functionelle Verminderung des Sympathicus bei ersteren zurückführt, von welchem Nervenstamm einige Fasern dem herzbeschleunigenden Systeme zugehören. Die Resection des Halssympathicus hat noch einen Einfluss, welcher zum Heilfactor werden kann: sie modificirt die Gehirn- und Rückenmarkscirculation, so dass günstige Veränderungen in Organen, welche von Kopf und Hals weit entfernt sind, und auch solche allgemeiner Art eintreten.

Doyen andererseits stellt zwei Frauen vor, bei welchen er vor $2^1/_2$ Jahren resp. 4 Monaten die Thyreoidectomie wegen Basedow gemacht und völlige Heilung durch die Operation erzielt hat; in Anbetracht der langen Zeit kann wohl im ersten Falle die Genesung als dauernd bezeichnet werden. Diese Patientin hatte übrigens den Einfall, Thyreoidtabletten zu nehmen und damit erschienen wieder alle Symptome der Krankheit, welche bei Unterdrückung dieser unangebrachten Behandlung völlig zurückgingen. D. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass die Abtragung der Schilddrüse allen anderen Methoden und besonders auch der Resection des Halssympathicus vorzuziehen ist.

Nocard bringt bezüglich der prophylaktischen Wirkung des Tetanusheilserums weitere Beiträge. Dasselbe wurde zu diesem Zwecke seit einigen Jahren in der Veterinärmedicin in Fällen von Verletzung, Castration oder irgend einer anderen Operation angewandt und zwar bei 3100 Thieren in Gegenden, wo der Tetanus endemisch ist. Keines der Thiere ist an dieser Krankheit gestorben, nur ein Pferd, bei welchem die Injection 5 Tage nach der Verletzung gemacht wurde, bekam Tetanus mit ganz leichtem Verlauf. Zu gleicher Zeit haben aber die Thierärzte unter

den nicht geimpften Thieren 259 Fälle von Tetanus beobachtet, so dass kein Zweifel an der Nützlichkeit dieser Präventivimpfungen in der Veterinärmedicin bestehen kann. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

British Gynaecological Society.

Sitzung vom 8. Juli 1897.

Der Mechanismus der Inversio uteri.

H. Treub-Amsterdam entwickelt im Anschluss an die Beschreibung eines Falles von Uterusinversion in Folge eines intramusculären Fibroms am Fundus seine Theorie über die Entstehung der Inversio. Die Gründe, die Gaillard Thomas hiefür angibt: Erschlaffung und Lähmung der Uteruswände mit gleichzeitigem Druck von oben oder Zug nach unten, gelten nur für die unmittelbar nach dem Partus entstandenen Fälle. Treub führt nun aus, dass die den Tumor umgebenden Theile der Uterusmusculatur sich in Folge ihres Zusammenhanges mit dem Tumor nicht contrahiren können. Dieses Bewegungshinderniss beschränkt sich nicht nur auf die nächste Umgebung des Tumors, sondern hindert auch auf eine gewisse Entfernung hin die Contractilität der Uteruswand. Eine Combination dieser partiellen Lähmung mit intraabdominellem Druck kann die von Rokitansky beschriebene partielle Inversion zu Stande bringen. Einmal invertirt wirkt diese Partie als Fremdkörper und verursacht weitere Uteruscontractionen, die immer grössere Partien der Uteruswand ausser Thätigkeit setzen, bis der ganze Uterus bis zum Cervix invertirt ist. Die Inversion des Cervix kann nur durch intraabdominalen Druck erfolgen.

Purcell erwähnt einen Fall von Epitheliom der Uteruswand, in welchem die Inversion genau in der beschriebenen Weise erfolgt war.

Behandlung des Cervixcarcinoms durch Aetzmittel.

Herbert Snow befürwortet die Anwendung der Aetzmittel, speciell des Kalistiftes, zur Behandlung des Cervixcarcinoms. Durch die Hysterectomie soll nur die Entfernung des cervicalen Endometriums und der unterliegenden Gewebstheile erzielt werden. Dasselbe glaubt er durch die Anwendung der Aetzung zu erreichen, und zwar ohne Gefahr. Aus demselben Grunde ist er auch gegen jede Auskratzung, die nur Blutung, Shock und Gefahr der septischen Infection mit sich bringt, neben der durch die Blutung bedingten erschwerten Orientirung. Er zieht das Kali dem Lapis vor wegen der geringeren Schmerzhaftigkeit, die ausserdem durch folgende Wasserspülung sofort beseitigt werden kann. Die blumenkohlartigen Cervixhypertrophien behandelt man zweckmässig erst mit krystallisirtem Eisenperchlorid.

S. Keith beschränkt die Fernwirkung des Kalis durch nachfolgende Anwendung von Holzessig. Er bestätigt die guten Erfolge und die relative Unschädlichkeit der Aetzungen.

M. Robson tritt für eine chirurgische, operative Radicalbehandlung ein. F. L.

Edinburgh Medico-chirurgical Society.

Sitzung vom 7. Juli 1897.

Drainage des Seitenventrikels bei Epilepsie.

W. Stewart berichtet über einen sehr interessanten Fall von Epilepsie bei einem 20jährigen jungen Manne, wahrscheinlich in Folge von angeborenem einseitigem Hydrocephalus. Die Anfälle bestehen seit 2 Jahren, Nystagmus und eine seit Kindheit bestehende Vergrösserung des rechten Schädels, besonders in der Parieto-occipitalgegend, daneben Amblyopie, vollständige linksseitige Hemianopsie und Hemiachromatopsie mit concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes. Eine Trepanation über dem Occipitallappen mit Eröffnung des sich vorwölbenden Seitenventrikels entleerte eine grosse Menge Cerebrospinalflüssigkeit. Durch einen eingelegten Drain wurde die Entleerung 11 Tage lang in ziemlich grosser Menge aufrechterhalten. Einzige Folgeerscheinung Polyurie, daneben Besserung der Sehbeschwerden, Hebung der geistigen Fähigkeiten und Sistiren der epileptiformen Anfälle für 6 Monate. Bei deren Wiederkehr in verstärktem Maasse Wiedereröffnung der Trepanationsstelle, keinerlei Verwachsung, der Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit war bedeutend geringer als das erstemal, die Anfälle blieben in der Folge aus.

Chronische Basilarmeningitis.

James Carmichael berichtet über 5 Fälle chronischer, nicht tuberculöser Basilarmeningitis, welche der von M. Carr in der Royal medico-chirurgical Society beschriebenen Form (siehe diese Wochenschr. No. 21, pag. 577) anzureihen sind. Der Sitz der Meningitis erstreckte sich vom Chiasma bis zum Pons, Medulla und den angrenzenden Partien des Cerebellum. Bei allen fand sich Hydrocephalus mit Erweiterung des dritten und der Seitenventrikel. Das Alter der Kinder war von 5 Monaten bis zu 9 Jahren. In allen Fällen war deutlicher Opisthotonus vorhanden und Convulsionen, theils clonischen, theils tetanischen Charakters. Die Dauer der Krankheit betrug 2 Wochen bis 4 Monate. In 2 Fällen bestand Pyrexie, in den anderen war die Temperatur normal. In Betreff der Aetiologie wird in einem Falle acute Enteritis, in einem Rheumarthritis mit Gehirnerscheinungen und einem dritten ein Trauma angeführt. Eine Jodkalibehandlung erwies sich als völlig nutzlos.

J. Bruce demonstrirte zur Illustration der beschriebenen Fälle 5 Fälle von Hydrocephalus, die im Anschluss an eine nicht tuberculöse Form basilarer Meningitis entstanden waren. F. L.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medicinische Akademie zu Genua.

Sitzung vom 29. März 1897.

Buccelli spricht über nervöse Störungen durch Tabaksabstinenz bei tabaccomanen Neuropsychopathikern. Er hat festgestellt, dass die brüske Entziehung des Tabaks in diesen Fällen schwere nervöse Störungen, namentlich Störungen der Herzinnervation, gastrische Erscheinungen, allgemeinen Tremor, Zustände von Adynamie und Sopor herbeiführen kann. B. hält den Tabak für ein Gift, wirkend auf die subcorticalen Centren und besonders den Vagus.

Ueber endocranielle Complicationen der eitrigen Otitis media, Sinophlebitis, Abscess des grossen und kleinen Gehirns und die operative Behandlung derselben berichtet Poli. Er hat in einem Falle einen kleinen Abscess im Gehirn, in einem andern einen grossen im sphenotemporalen Lappen entfernt und empfiehlt frühzeitiges operatives Eingreifen.

Verschiedenes.

Rinderpest in Südafrika. Aus Senekal, Oranje-Freistaat, erhalten wir folgende Zuschrift: In No. 24 Ihres geehrten Blattes (S. 665) lese ich eine Correspondenz aus Prätoria vom 23. Mai d. J., nach welcher die Kapregierung in Folge der schlechten Resultate der Koch'schen Rinderpestimpfungen die Einstellung derselben verfügt und dass die Koch'sche Entdeckung nicht das geleistet habe, was sich ihr Entdecker davon versprach. Weder das Eine, noch das Andere ist richtig. In einem officiellen Bericht theilt das Kap-Gouvernement mit, dass es von dem glücklichen Erfolg der präventiven Impfungen nach Rob. Koch befriedigt ist; man hat sich überzeugt, dass in nicht angesteckten Bezirken 90—97 Proc. der Rinder gerettet werden. Gleichzeitig erkennt die Kap-Regierung an, dass die bisherige Rinderpestgesetzgebung, welche durch strenge Absperrmassregeln der Seuche Halt gebieten sollte, ein Fehler war und das ganze Land in Gefahr setzte.

Denselben Fehler hat auch die Regierung des Freistaates begangen, welche erst vor ca. 4 Wochen ein Gesetz aufhob, das bei strengster Strafe die Impfungen verbot, so lange die Pest weiter als 2 Stunden entfernt herrschte, das den Transport von Galle aus inficirten Gebieten in intacte fast zur Unmöglichkeit machte, das — kurz gesagt — die Impfungen erst gestattete, wenn die Pest ausgebrochen war. Auf diesen Fehler, ferner auf den Mangel an Thierärzten, welche die Impfungen mit den nöthigen Cautelen hätten vornehmen können, führe ich die theilweise schlechten Resultate der Präventivimpfungen zurück. Ausser einigen praktischen Aerzten nahmen durchweg Boeren die Impfung vor, nachdem sie auch selbst sich vorher die Galle verschafft hatten. Es steht fest, dass vielfach bei Vornahme der Injectionen durch grobe Unvorsichtigkeit die Ansteckung gesunder Rinder erfolgte. Alle diese Dinge kann man aber doch unmöglich dem Verfahren zur Last legen.

Wegen des Mangels einer umfangreichen Statistik sehe ich mich veranlasst, nur einige Zahlen aus dem District, in dem ich wohne, in Betracht zu ziehen. Die Zahlen sind absolut sicher, seit der Einspritzung sind 4—6 Wochen vergangen; ich bemerke, dass in letzter Zeit gewöhnlich 9—10 Tage nach der ersten noch eine zweite Galle-Einspritzung applicirt wurde.

Auf 14 Farmen wurden 2169 gesunde Rinder mit Galle-Einspritzungen behandelt, davon starben 151, d. h. ca. 7 Proc.

Ich verschweige nicht, dass in anderen Fällen schlechtere Resultate erzielt wurden, die Ursache davon habe ich oben erwähnt; auch auf inficirten Farmen waren die Resultate theilweise recht schlechte, theilweise aber überraschend günstig, z. B. starben auf 3 Farmen von 1084 Rindern 157, d. h. 15 Proc.

In meinem Wohnort brach vor 4 Wochen die Rinderpest aus; die sofort vorgenommene Impfung hatte das Resultat, dass ausser der zuerst erkrankten Kuh und ihrem Kalb von 350 Rindern nur 25 starben.

Auch hier haben wir die Erfahrung gemacht, dass auf Farmen, wo man der Krankheit ihren Lauf liess, 90—95 Proc. in kurzer Zeit der Seuche erlagen.

Ich übergehe die Methoden, die in letzter Zeit von Boeren empfohlen und scheinbar gerade aus diesem Grunde und ferner, weil man dabei des Thermometers und der Spritze entrathen konnte, mit grossem Enthusiasmus und, wie es den Anschein hat, geringem Erfolge in Anwendung gebracht wurden; ich erwähne nur, dass Dr. Edington, der staatlich angestellte Bacteriologe der Kap-Colonie und vorzeitige Entdecker des Rinderpestbacillus, neuerdings zu dem Resultat gekommen ist, dass $^{2}/_{3}$ Galle und $^{1}/_{3}$ Glycerin reiner Galle vorzuziehen ist. Die französischen Bacteriologen Dr. Danysz und Bordet, die seit ca. 9 Monaten in Transvaal dem Studium der Rinderpest obliegen, werden auf dem morgen in Prätoria be-

ginnenden Rinderpestcongress ihr Mittel publiciren; wie verlautet, gebrauchen sie Blutserum von Thieren, die die Rinderpest überstanden haben und mindestens 40 Tage wieder gesund sind. Das Urtheil über dieses Mittel steht noch aus*); über das Koch'sche Mittel steht schon heute so viel fest, dass es trotz der unvollkommenen Anwendungsweise viele Tausende von Rindern dem Lande erhalten hat.

Bezüglich der Dauer der Immunität durch das Koch'sche Mittel kann man aus Zeitungsberichten constatiren, dass die vom Februar ab geimpften Rinder bis jetzt noch immun sind. Von Zeit zu Zeit vorgenommene wissenschaftliche Untersuchungen über diesen Punkt wären in jedem Falle wünschenswerth.

Therapeutische Notizen.

Pikrinsäure zur Behandlung von Brandwunden. Miles empfiehlt als ersten Verband für Brandwunden die Anwendung einer gesättigten Pikrinsäurelösung (Acid. picric. 5,0, Alkohol absolut. 90,0, Aqu. dest. ad 500,0) in der Weise, dass die verbrannten Theile erst mit einer schwachen Carbollösung abgewaschen, die Brandblasen eröffnet, und die ganze Wundfläche mit in obige Lösung getauchtem Lint verbunden wird. Beim Verbandwechsel soll darauf geachtet werden, dass verklebte Verbandtheile nicht losgerissen werden. Der Vortheil der Verbandmethode besteht in der Einfachheit und Schmerzlosigkeit, der verringerten Eiterung und den entzündungshemmenden Eigenschaften der Pikrinsäure. Der Verband soll wöchentlich höchstens 1 bis 2mal gewechselt werden. Nach Ablauf des Entzündungs- und Beginn des Granulationsstadiums der Wunden tritt die gewöhnliche Behandlungsmethode ein. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 31. August. Der XII. internationale medicinische Congress wurde am 26. August feierlich geschlossen. Bezüglich des Anfangs und Verlaufs desselben verweisen wir auf den Originalbericht in unserer heutigen Nummer. Als Versammlungsort für den nächsten internationalen medicinischen Congress ist Paris gewählt. Prof. Lannelongue ist zum Präsidenten, Prof. Chauffard zum Generalsecretär ausersehen worden. Der Congress hat den städtischen Preis in Höhe von 5000 Francs dem Begründer des rothen Kreuzes, Henri Dunant, verliehen.

— Zum Andenken an die Feier des 100jährigen Jubiläums der Kaiser-Wilhelms-Academie (am 2. December 1895) soll in der Aula der Academie ein Bronce-Relief aufgestellt werden; auf demselben ist Generalstabsarzt Dr. Grimm, einen Verwundeten verbindend, dargestellt. Die Umschrift lautet: «Dem kgl. medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institut, der Alma Mater unseres in Krieg und Frieden gleich bewährten Sanitäts-Corps, der Trägerin stolzer, wissenschaftlicher Erinnerungen, der treuen, allzeit bereiten Mitarbeiterin an den grossen gemeinsamen Aufgaben der Volkswohlfahrt und Gesundheitspflege entbietet zum 100jährigen Stiftungstage Dank, Gruss und Heil der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten. Berlin, den 2. December 1895. Dr. Julius Robert Bosse.»

— Die Flückiger-Medaille — gestiftet zum Andenken des am 11. December 1894 verstorbenen Professors Dr. Flückiger, Directors des pharmaceutischen Instituts der Universität Strassburg — wurde heuer zum ersten Male vertheilt, und zwar an Dr. Edward Morell Holmes, Director des Museums der britischen pharmaceutischen Gesellschaft, in Anbetracht seiner verdienstvollen Forschungen auf dem Gebiete der Pharmakognosie.

— In der 32. Jahreswoche, vom 8. bis 14. August 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Regensburg mit 44,8, die geringste Sterblichkeit Flensburg mit 11,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Königshütte, an Unterleibstyphus in Beuthen.

— Die XXIX. Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher wurde am 22. August in Trencsin eröffnet. Der Versammlung liegt ein Antrag vor, zur Erinnerung an den verstorbenen Professor Kovács eine goldene Medaille zu stiften, mit welcher alljährlich ein ärztlicher Vortrag ausgezeichnet werden soll.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Dem Privatdocenten der Augenheilkunde Dr. Richard Greef wurde die Leitung einer Poliklinik in Danzig, welche wegen der in dieser Stadt und ihrer Umgebung epidemisch herrschenden Ophthalmia granularis errichtet worden ist, übertragen; gleichzeitig sollen an dieser Poliklinik Curse für Aerzte über die Trachomatose abgehalten werden. Prof. Dr. Köbner (Dermatologe) erhielt den Titel eines geheimen Medicinalrathes. — **Halle.** Prof. Dr. Fehling wurde der Charakter als geheimer Medicinalrath verliehen. — **Jena.** Der ausserordentliche Professor Dr. Richard Neumeister (physiologische Chemie) ist vom Lehramte zurückgetreten. — **Königsberg.** Privatdocent Dr. Czaplewski wurde nach Köln a. Rh. berufen, um dort vom 1. October an die Leitung des von der städischen Behörde neuerrichteten bacteriologischen Laboratoriums zu übernehmen. Als Nachfolger Dohrn's wurde zum Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe Georg Winter, ausserordentlicher Professor und Oberarzt der gynäkologischen Klinik zu Berlin, ernannt. — **Leipzig.** Prof. Dr. F. A. Hoffmann (früher in Dorpat) feiert sein 25jähr. Docenten-Jubiläum. — **Marburg.** Dr. Alfred Schirmer, Zahnarzt in Basel, wurde als Lehrer der Zahnheilkunde an hiesige Universität berufen.

Basel. Der ausserordentliche Professor für pathologische Anatomie und Bacteriologie Dr. A. Dubler ist vom Lehramte zurückgetreten. — **St. Petersburg.** Dr. Wlajew und Dr. Rulbin haben sich als Privatdocenten für interne Medicin an der militär-medicinischen Akademie habilitirt. — **Wien.** König Oskar II. von Schweden wurde anlässlich seines bevorstehenden 25jährigen Regierungsjubiläums in Anbetracht seiner wissenschaftlichen Verdienste von allen vier Facultäten der hiesigen Universität zum Ehrendoctor gewählt. Dr. Lode hat sich als Privatdocent für Hygiene habilitirt. An allen österreichischen Universitäten wurden allgemeine Untersuchungsanstalten für Lebensmittel eingerichtet, als deren Vorstände für Wien Professor Dr. M. Gruber, in Prag Professor Dr. F. Hueppe und Dr. G. Kabrhel, in Graz Professor Dr. Prausnitz und in Krakau Professor Dr. O. Bujwid ernannt wurden.

(Todesfälle.) Zu Divonne-les-Bains starb plötzlich, 69 Jahre alt, Prof. Dr. Luys, Mitglied der Académie de Médecine und Abtheilungsvorstand an der Salpêtrière; er ist bekannt durch seine Untersuchungen auf dem Gebiete der Gehirn- und Nervenkrankheiten, zuletzt durch seine Veröffentlichungen über Hypnotismus, Transfert und Fernwirkung der Arzneimittel.

In Igls bei Innsbruck starb am 27. August der ordentliche Professor für gerichtliche Medicin an der Universität Wien und Präsident des obersten Sanitätsraths, Dr. Eduard Ritter v. Hofmann, im 61. Lebensjahre. Mit ihm ist eine der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin, an deren Aufbau er in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten hervorragenden Antheil genommen hat, geschieden.

Am 21. August starb zu Budapest im 74. Lebensjahre Dr. Emerich Poór, früher Professor für Hautkrankheiten und Syphilis an der dortigen Universität, Begründer der bekannten ungarischen Fachzeitschrift «Gyógyászat».

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Josef Hermann Roth, approbirt 1894, in Bamberg. Dr. Josef Hartmann in Hohenburg, B.-A. Parsberg, approbirt 1891.

Verzogen: Wilhelm Scheffer von Hohenburg (Parsberg) nach Hamburg.

Erledigt ist die Bezirksarztsstelle I. Classe in Vilsbiburg. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, Kammer des Innern, bis 10. September l. Js. einzureichen.

In den Ruhestand versetzt. Der Bezirksarzt I. Classe Dr. Carl Glonner in Vilsbiburg wurde wegen Erkrankung auf die Dauer eines Jahres auf Ansuchen in den Ruhestand versetzt.

Enthebung und Berufung: Der in dauernden Ruhestand versetzte kgl. Landgerichtsarzt Dr. Christian Lutz in Augsburg wurde unter Allerhöchster Anerkennung seiner erspriesslichen Dienstleistung auf Ansuchen von der Function eines Mitgliedes des Kreismedicinalausschusses von Schwaben und Neuburg enthoben; zu genannter Function wurde der kgl. Landgerichtsarzt Dr. Christian Utz in Augsburg berufen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 33. **Jahreswoche** vom 15. bis 21. August 1897.

Betheil. Aerzte 410. — **Brechdurchfall 53 (73*), Diphtherie, Croup 25 (24), Erysipelas 6 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 84 (59), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (5), Parotitis epidemica 1 (1), Pneumonia crouposa 4 (7), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 7 (16), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 19 (15), Tussis convulsiva 29 (29), Typhus abdominalis 10 (3), Varicellen 6 (8), Variola, Variolois 1 (—). Summa 253 (253).** Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 33. Jahreswoche vom 15. bis 21. August 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 3 (3*), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 3 (2), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 16 (9), Unterleibstyphus 2 (—), Keuchhusten 2 (5), Croupöse Lungenentzündung 1 (—), Tuberculose a) der Lungen 26 (20), b) der übrigen Organe 6 (9), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (3), Unglücksfälle 3 (2), Selbstmord 3 (1), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 254 (223), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 31,6 (27,7), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,3 (14,0), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,2 (12,5).

*) Die Entscheidung ist auf dem Congress zur Bekämpfung der Rinderpest inzwischen erfolgt, s. diese Wochenschrift No. 34, S. 953. D. Red.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.